

Implicaciones psicológicas de fallas en el cuidado en un caso de abuso sexual:
Estudio de caso clínico

Sandra Milena Blanquicett Arango

Directora del Trabajo:
Psicóloga Mg. Mónica Schnitter Castellanos

Trabajo para optar al título de Magister en Psicología

Programa: Maestría en Psicología
Universidad del Norte - Barranquilla

Agradecimientos

Al culminar esta etapa de mi vida, llena de aprendizajes y de crecimiento personal y profesional, sólo tengo una inmensa gratitud hacia mi familia por todo su apoyo, amor y confianza, y hacia mi maestra Mónica Schnitter, quien, desde su inmenso conocimiento, supo acompañarme en este proceso para dar lo mejor de mí.

Mil gracias...

Tabla de contenido

	Pág.
1. Introducción	6
2. Justificación.....	8
3. Área problemática	10
4. Preguntas guías u objetivos.....	14
5. Metodología	15
5.1 Recolección de la información	16
5.2 Población	16
5.3 Consideraciones éticas	17
6. Historia clínica del paciente	18
6.1 Identificación de la paciente	18
6.2 Motivo de consulta.....	18
6.3 Descripción sintomática	18
6.4 Historia Personal.....	19
6.5 Historia Familiar	20
6.6 Genograma.....	23
6.7 Proceso de evaluación	23
6.8 Conceptualización Diagnóstica.....	23
7. Descripción detallada de las sesiones	26
8. Marco conceptual de referencia	29
8.1 Psicología dinámica y teoría de las relaciones objetales	29
8.2 Del cuidado de la madre hacia el nacimiento psicológico humano	30
8.3 La función materna	36
8.4 Abuso sexual.....	40
8.5 Adolescencia.....	43
8.5.1 Duelos fundamentales de la adolescencia.	45
9. Análisis del caso	47
9.1 Apartado descriptivo e interpretativo	47
9.1.1 Categoría 1: Descontención y desconfianza: fallas en el cuidado empático materno temprano.	47
9.1.1.1 Subcategoría 1: Aspectos asociados a la descontención.	49
9.1.1.2 Subcategoría 2: Aspectos asociados a la desconfianza	50

9.1.2 Categoría 2: La invisibilidad y el abuso sexual.....	51
9.1.2.1 Subcategoría 1: Borrosidad del lugar en el mundo.....	52
9.1.2.2 Subcategoría 1: El fantasma de lo transgeneracional.	53
10. Discusión y conclusiones	57
11. Anexos	64
11.1 Consentimiento informado para la grabación de sesiones psicoterapéuticas, con fines de aprendizaje supervisado.....	64
12. Referencias	66

Tabla de figuras

	Pág.
Figura 1. Ruta de atención y denuncia en casos de abuso sexual infantil	13
Figura 2. Mundo representacional.....	30
Figura 3. Estadios y procesos en el desarrollo de las relaciones objetales tempranas y patologías asociadas	34
Figura 4. Estructuración del mundo representacional y diferenciación de la estructura diádica a la tríadica.....	35
Figura 5. Mapa de categorías y subcategorías emergentes	47

1. Introducción

La adolescencia es una etapa del desarrollo que implica movilizaciones psicológicas profundas, cada persona se mueve entre impulsos progresivos y regresivos, enfrentando una crisis de identidad, que se complejiza cuando la historia de vida está marcada por experiencias que resultan ser traumáticas y que afectan significativamente la organización psíquica; todo esto re-actualizado en una sola etapa en la que el adolescente se alcanza a sentir por momentos totalmente vulnerable.

En la presente investigación se pretende identificar las implicaciones psicológicas asociadas a las fallas en el cuidado materno en un caso de abuso sexual de una adolescente, en proceso de restablecimiento de derechos, dentro de la modalidad internado.

Se parte de un caso con una afectación psicológica considerable, expresado en dificultades a nivel comportamental, emocional, familiar y social, en donde la angustia y ansiedad desbordan los recursos psicológicos.

Para esto se realiza una descripción del caso, con una retrospectiva desde la infancia hasta llegar a la adolescencia de la paciente, para luego realizar un análisis de las distintas sesiones llevadas a cabo, en las que como uno de los principales objetivos se fomentó siempre la contención de la paciente.

Se analizan elementos fundamentales asociados a la función materna en cuanto a la desconfianza y descontentión, a partir de las fallas en la identificación de la madre con su hija que afectaron su desarrollo psicológico. También se busca la comprensión clínica de otros emergentes: aspectos transgeneracionales que traen efectos ineludibles en el mundo representacional de la adolescente, las fallas estructurales a nivel de las relaciones objetales de la paciente, su invisibilidad al tener un lugar borroso en la relación con su figura materna, y las características propias de su etapa evolutiva.

Todo esto para comprender como las discontinuidades en el vínculo temprano traen graves implicaciones en la organización psíquica de la adolescente, quien además de fallas en la transmutación de los pobres cuidados maternos en la representación del sí mismo, no pudo alcanzar la autonomía psíquica ni afrontar las emociones asociadas a sus experiencias

continuadas de abuso sexual desde su infancia hasta la adolescencia, sin haber logrado identificar en su familia, posibles figuras en las cuales apoyarse y sentirse visible y reconocida.

Del mismo modo, se pretende poder aportar a la intervención psicoterapéutica y psicosocial de esta población, con vulneración de derechos, en la que es fundamental partir de la particularidad y comprensión de cada uno de los casos, de tal forma que más que apuntar a la disminución de una sintomatología o al resguardo en las instituciones de protección, se logre la resignificación de historias de vida y se brinde nuevas oportunidades a los niños, niñas y adolescentes para posicionarse en el mundo, desde un bienestar integral y una mayor confianza en sí mismos y en el otro.

2. Justificación

Entender las problemáticas psicosociales que nos afligen como sociedad, ha sido una de las motivaciones más recurrentes en los profesionales de las ciencias sociales, quienes se han interrogado acerca de la complejidad de las mismas. Se ha puesto atención a distintos factores vinculados a estas problemáticas, que finalmente han permitido llegar a posibles conclusiones, que en muchos casos sólo alcanzan a ser descriptivas, alejándose de un acercamiento más profundo y particular.

Con el presente estudio “Implicaciones psicológicas de fallas en el cuidado en un caso de abuso sexual” se pretende adentrarse en el análisis y comprensión de lo que conlleva para la organización psíquica de una adolescente, las fallas que se pueden identificar en el cuidado por parte de su figura materna, como principal referente afectivo durante su desarrollo psíquico, entendiendo que dicho cuidado tiene como característica inicial, según Winnicott (1963), la presentación regularizada del mundo, a partir de una preocupación maternal primaria, que permite la adaptación de los procesos de maduración del infante. Se hace énfasis en las fallas en el cuidado materno, como principal objeto de estudio, sin embargo, cabe resaltar que también se presentaron fallas en la función paterna representada por el padre biológico con sus respectivas implicaciones psicológicas en la paciente, caracterizándose por su ausencia en la crianza y en el proceso psicoterapéutico y de restablecimiento de derechos.

Esto en el marco de la labor clínica en una institución de protección con convenio con el estado, en donde se realiza intervención psicosocial con algunas adolescentes víctimas de abuso sexual, con las que, a partir de la escucha en el espacio terapéutico, se pudo identificar que dicha problemática es antecedida por un desarrollo psicológico anterior que incluía en muchos casos fallas en diferentes procesos de organización psíquica y por dinámicas familiares particulares, que incluyen maltrato intrafamiliar, dificultades en la comunicación, alteraciones en la confianza entre los miembros, autoritarismo en las figuras parentales, dinámica patriarcal, experiencias de abandono, e incesto.

De aquí que también se quiere tomar en cuenta la dinámica familiar de este caso en particular, debido a la existencia de abuso sexual endogámico, es decir, con el núcleo conviviente o extenso (Kuitca, Berezin, y Felbarg, 2011), el cual hace parte de un asunto transgeneracional,

que incide en su misma ocurrencia, permanencia en el tiempo, posteriores reacciones de sus miembros y consecuencias a nivel relacional. Estas situaciones de abuso sexual por parte de varios miembros de la familia hacia la paciente (padrastro y dos primos segundos), ocurren desde la infancia (5 o 6 años) hasta sus 14 años de edad de manera continuada, trayendo efectos en la organización psíquica y en su sintomatología.

En esta medida, se podrá ahondar en una problemática que requiere de comprensiones que puedan fortalecer las labores de promoción, prevención e intervención de los profesionales que hacen parte de las diferentes instituciones que incluyen a la escuela y se encuentran en las comunidades, en donde dicha problemática, que en muchos casos se ha invisibilizado o normalizado, no ha tenido las respuestas suficientes, que terminen con el sufrimiento de los niños, niñas y adolescentes, a partir de una detección de casos oportuna y de la sensibilización y responsabilización de los cuidadores y figuras más significativas, quienes son fundamentales en el desarrollo de la personalidad de sus hijos, lo cual incluye los recursos psicológicos a partir de los cuales poder vivir vidas plenas de sentido.

Finalmente se quiere aportar a la forma en que los profesionales de las instituciones de protección, hacen lectura de cada uno de los casos, identificando la relevancia de las historias personales y familiares de los niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos, y más específicamente víctimas de abusos sexuales, al momento de realizar un diagnóstico y un plan de intervención, en donde además de apuntar al acompañamiento del evento traumático, se pueda ahondar en la relación entre las figuras cuidadoras y sus hijos desde la particularidad.

3. Área problemática

El abuso sexual es una problemática a nivel mundial que afecta a miles de niños, niñas y adolescentes diariamente, entendiendo que este ocurre cuando “un niño es utilizado para la estimulación sexual de su agresor (un adulto conocido o desconocido, un pariente u otro NNyA) o la gratificación de un observador” (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, UNICEF 2016, p. 9). De aquí la importancia del presente estudio de caso clínico de abuso sexual y su análisis, para centrarse en aquellos aspectos del desarrollo y estructuración psíquica que anteceden a la ocurrencia de esta situación, con afectaciones personales, familiares y sociales, aportando a la comprensión de la misma.

En Colombia el abuso es una realidad, que se convirtió en un problema de salud pública, que ha sido registrado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) en 2010, realizando 20.142 exámenes sexológicos, de los cuales el 86% de los dictámenes se realizaron a niñas, niños y adolescentes menores de 18 años, encontrando como principales agresores los familiares de las víctimas con un 34,86% y otros conocidos (vecinos y los amigos) con un 32,53%, y como sitio más recurrente del delito la vivienda con un 59% de los casos (citado en Ministerio de salud y protección social, 2012). Llama la atención esta estadística pues más de la mitad de los casos registrados, ocurren dentro de los hogares, convirtiéndose en un riesgo para los niños, niñas y adolescentes, quienes confían en los miembros de sus familias, en los que pueden encontrar a sus posibles abusadores sexuales.

Posterior a la ocurrencia de este delito, y según el modelo de atención en salud para víctimas de violencia sexual (Ministerio de salud y protección social, y Fondo de población de las Naciones Unidas, 2011), se comienza una articulación entre los sectores de salud, justicia y protección, siendo este último facilitado por el Instituto de Bienestar Familiar (ICBF), quien a su vez se sustenta en la Ley 1098 de 2006 (Infancia y Adolescencia), la Constitución Política de Colombia, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, y las normas y tratados internacionales sobre protección y garantía de derechos de los niños, niñas y adolescentes, para la realización de unos lineamientos técnicos planteados desde el mismo instituto, dirigidos a lograr el restablecimiento de derechos, a partir de una atención integral, (ICBF, 2017).

El interés de este estudio de caso se centra entonces en una adolescente víctima de abuso sexual desde su infancia hasta su adolescencia (de forma continuada), con medida de protección, en modalidad de internado, desde la propuesta de intervención frente a las violencias sexuales planteado por ICBF. Se encontró a partir de la práctica clínica profesional, que la demanda de atención en casos de abuso sexual, no logra ser atendida por las instituciones especializadas en el tema, debido al número creciente de los mismos y al poco personal profesional contratado y capacitado para ello. Esto se convierte en una preocupación debido a la afectación en el desarrollo psicológico de los niños, niñas y adolescentes, que serán los adultos del mañana con situaciones traumáticas sin resolver, y que influirán negativamente en su desenvolvimiento posterior. De igual manera se pueden identificar dificultades en el avance de estos procesos, pues, aunque hay una ruta de atención definida, existen problemas desde la detección oportuna de los casos, la realización de la denuncia y en el avance de la investigación por parte de la Fiscalía, quien además lleva a cabo las remisiones pertinentes a Medicina Legal, ICBF y a otros servicios especializados.

Por tal razón, es importante que con los hallazgos del presente análisis de caso clínico se pueda aportar al fortalecimiento de los programas de prevención y promoción, tomando en cuenta la importancia del cuidado en la relación afectiva entre los principales cuidadores y sus hijos, disminuyendo el posible impacto y la ocurrencia del abuso sexual, que se enmarca en este caso en un contexto familiar específico, que puede tener efecto en las representaciones tanto del sí mismo como del otro en cada uno de sus miembros. En este sentido, en un estudio realizado para la construcción del modelo de intervención integral en casos de abuso sexual en Antioquia, se hizo mención de algunas concepciones sobre el abuso sexual que incluyen entre otras la invisibilización o trivialización del mismo, la transmisión transgeneracional que altera las acciones de cuidado y protección que se deben tener en estos casos, la re-victimización o estigmatización, y unos factores de riesgo del contexto social entre los que están los patrones culturales que desvalorizan al niño, niña o adolescente, la ausencia de redes sociales de apoyo, el desempleo o inestabilidad laboral, las familias patriarcales, el temor a la retaliación al denunciar, los débiles lazos vecinales, la tolerancia de la comunidad hacia el maltrato, el desplazamiento forzado, la mendicidad, la descomposición social y el aislamiento de la familia de recursos de apoyo (Gobernación de Antioquia, 2011).

Teniendo presente este panorama, las instituciones de protección se convierten en la posibilidad de muchos niños, niñas y adolescentes, de ser sostenidos y contenidos frente a una realidad, que en este caso es el abuso sexual dentro de un contexto particular, buscando de alguna manera resignificar estas historias, que inician mucho antes de la situación ocurrida, siendo interesante poder analizar aquello que antecede en términos de contexto psicosocial y las implicaciones que trae para el desarrollo de la personalidad, las posibles fallas en el cuidado, logrando descifrar paulatinamente lo que ha podido ocurrir en este caso en particular, en donde la angustia desbordó los recursos psíquicos de la adolescente.

El siguiente cuadro ilustra la ruta de detección y atención propuesta por el modelo de intervención integral en casos de abuso sexual (Gobernación de Antioquia, 2011, p. 71), y en el círculo rojo el nivel en el que se llevó a cabo la atención clínica del presente estudio.

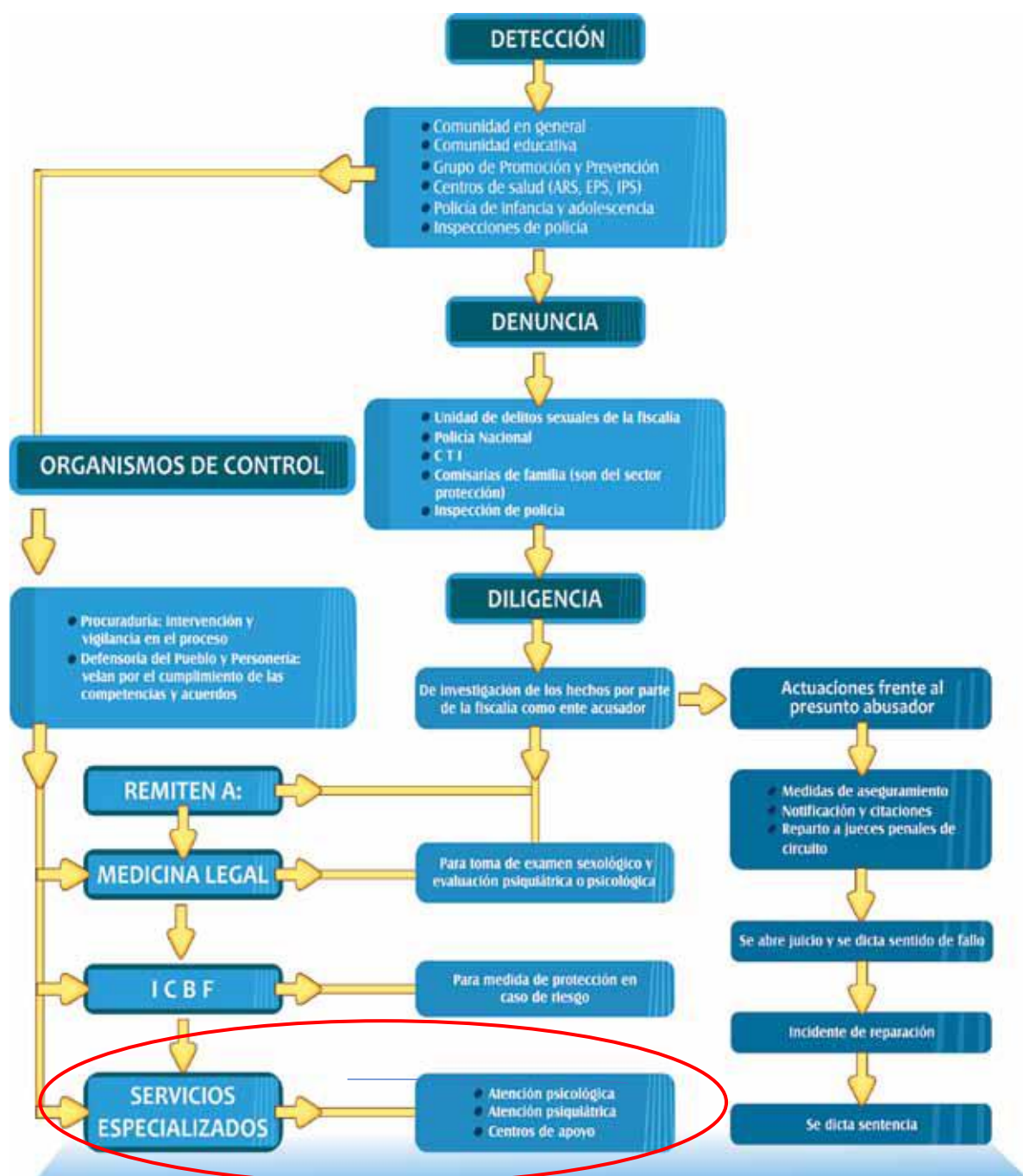


Figura 1. Ruta de atención y denuncia en casos de abuso sexual infantil (Gobernación de Antioquia, 2011, p. 71).

4. Preguntas guías u objetivos

- **General**

Comprender los emergentes clínicos asociados a las fallas del cuidado temprano a través del análisis de la intervención psicoterapéutica de un caso de abuso sexual en la adolescencia, a la luz de la teoría de las relaciones objetales.

- **Específicos**

Analizar desde la perspectiva del desarrollo las condiciones del cuidado en el vínculo afectivo temprano en la estructuración psíquica de la adolescente.

Comprender el contexto de la dinámica e historia familiar en la vivencia de la experiencia de abuso sexual y las implicaciones psicológicas actuales para la adolescente en protección.

Realizar un análisis de la organización psíquica de la adolescente, partiendo de las representaciones del sí mismo, el otro y del mundo desde la teoría de las relaciones objetales.

5. Metodología

La presente investigación está basada en el Estudio de Caso entendida según Creswell (2007) como una metodología, un tipo de diseño en investigación cualitativa, en la cual el investigador explora un sistema delimitado (un caso) o múltiples sistemas (varios casos), a partir de la recopilación de datos de múltiples fuentes de información (observación, entrevistas, material audiovisual, documento), los informes de la descripción del caso y los temas basados en el mismo. Esto con el objetivo de desarrollar una descripción y análisis profundos del caso, para el alcance de su comprensión.

Es además un estudio de caso intrínseco en el cual el foco de la investigación está puesto en el caso como tal, debido a que presenta una situación única e inusual (Creswell, 2007). En este mismo sentido, Stake (1999) explica como en este tipo de estudio el interés no está puesto en el aprendizaje sobre otros casos o problemas generales, sino en el aprendizaje particular del caso en cuestión, por sus características.

Por otro lado, la investigación es realizada en el marco del paradigma constructivista, desde el cual según Guba y Lincoln (2002), se tiene como objetivo de investigación el poder entender y reconstruir las construcciones que la gente, incluyendo al investigador, tienen inicialmente para llegar a un consenso, con la posibilidad de nuevas interpretaciones. Supone desde un punto de vista ontológico la existencia de múltiples realidades sociales que pueden llegar a ser contradictorias y son producto del intelecto humano.

Desde este paradigma el investigador y el sujeto de investigación están vinculados interactivamente, por lo que los hallazgos, o en este caso en particular los emergentes clínicos hallados, son creados a medida que fue avanzando la investigación. Desde esta perspectiva entonces:

Estas construcciones variadas se interpretan utilizando técnicas hermenéuticas convencionales, y se comparan y contrastan mediante un intercambio dialéctico. El objetivo final es destilar una construcción consensuada que sea más informada y

sofisticada que cualquiera de las construcciones precedentes (incluyendo, por supuesto, la construcción ética del investigador). (Guba & Lincoln, 2002, p. 9)

Todo lo anterior como base metodológica y paradigmática de una investigación realizada desde las teorías psicodinámicas relacionales, en donde se concibe la realidad como subjetiva, a partir de las experiencias y representaciones construidas del sí mismo, el objeto y el mundo, en contexto relacional.

5.1 Recolección de la información

El estudio de caso único realizado parte de las entrevistas llevadas a cabo con la madre de la paciente y de las 10 sesiones transcritas del proceso terapéutico con la adolescente. También se parte de las notas de proceso de la terapeuta durante cada sesión en el transcurso de la intervención psicoterapéutica (55 sesiones en total), y la guía de presentación de casos clínicos de Holbrook (1981), adaptado por Schnitter (2002), por medio de los cuales se logró realizar un análisis y comprensión del caso, desde la codificación de la información y la identificación de sus emergentes clínicos.

5.2 Población

El caso escogido hace parte de una población de 50 adolescentes, quienes se encuentran en proceso de restablecimiento de derechos en modalidad de internado, debido a su historia de presuntos abusos sexuales, por lo que la selección de la adolescente se llevó a cabo a partir de los siguientes criterios:

- Adolescentes entre 14 y 18 años de edad.
- Pacientes con un proceso estable a nivel institucional debido al riesgo de evasión existente en la medida de internado.
- Pacientes con una afectación significativa asociada a la ocurrencia de un presunto abuso sexual y a su historia de vida.

5.3 Consideraciones éticas

La adolescente seleccionada se encontraba en proceso psicoterapéutico dentro de un internado, por lo que se le invitó a participar de la investigación con fines académicos. Esto a partir de la aprobación de su madre y de la autoridad competente (comisario de familia), quienes aceptaron iniciar con este proceso, debido al interés primordial de que la adolescente lograra un mayor bienestar psicológico y emocional. Posterior a esto, se lee y explica a la madre y a la paciente el consentimiento informado, en donde se explicitan los objetivos, riesgos e implicaciones del presente estudio y se da inicio al proceso terapéutico durante 55 sesiones, y a la grabación de 10 sesiones, que se realizaron a lo largo de su proceso de restablecimiento de derechos (ver anexo 1).

Para asegurar los criterios anteriormente mencionados se cambiaron los datos personales y geográficos de la paciente, manteniendo esta confidencialidad a lo largo del acompañamiento académico por la tutora, como psicóloga clínica experta.

Finalmente, esta investigación partió de los criterios de responsabilidad, confidencialidad y respeto de los lineamientos de la resolución N. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia (1993), en donde se determina las consideraciones éticas, técnicas y científicas para las investigaciones en salud, siendo éste un estudio de bajo riesgo para los participantes.

6. Historia clínica del paciente

6.1 Identificación del paciente

Adolescente de 16 años de edad, sexo femenino, quien viene remitida por la Comisaría de Familia de la Comuna Trece, ingresando el día 16 de junio de 2016 a una institución de protección, con modalidad de internado, hasta el 15 de febrero de 2018. Se encontraba en medida de restablecimiento de derechos, debido al presunto abuso sexual por parte del padre de uno de sus hermanos, y de dos primos maternos segundos.

Cursaba el grado undécimo, con un interés por su formación académica, destacándose por su rendimiento y deseo de lograr ser enfermera.

6.2 Motivo de consulta

“Estoy aquí por abuso sexual”.

6.3 Descripción sintomática

Desde el momento de su ingreso, la paciente se caracterizaba por sus síntomas depresivos y ansiosos, con un inadecuado control de impulsos, baja tolerancia a la frustración, conductas autoagresivas, ideación e intentos suicidas, todo esto asociado a la ocurrencia de tres presuntos abusos sexuales ocurridos durante su infancia y adolescencia. Se le dificultaba en gran medida la expresión de sus pensamientos y emociones, pues sus síntomas, desbordaban sus recursos psicológicos, siendo la angustia y la confusión su manera que exteriorizar lo que le ocurría, alternado con un discurso vago e infantilizado.

La adolescente presentaba problemas en cuanto a la adaptación social, con aislamiento y desconfianza en el vínculo respecto al otro, incluyendo a pares y figuras de apoyo y autoridad. Sin embargo, al mismo tiempo demandaba atención constante de estos últimos, en la realización de cada una de sus actividades y en cuanto a la contención como tal, desde una dependencia emocional y percepción personal de incapacidad. En sus relaciones más significativas a nivel familiar, presentaba ambivalencia marcada, con emociones predominantes como la rabia y frustración, especialmente hacia su madre.

Según los informes suministrados al momento de su llegada, había pertenecido a tribus urbanas de cultura suicida, además de hacer parte de grupos en redes sociales con este tipo de ideación. Expresó que incitaba a algunos de sus pares a autoagredirse sin tomar en cuenta el riesgo que esto implicaba. Por otro lado, guardaba a algunos de sus pares sustancias psicoactivas en el medio escolar.

Manifestaba tener dificultades para dormir, pesadillas, inducción del vómito e inapetencia por algunos períodos de tiempo. Ocasionalmente también mantenía conductas desafiantes, con comportamientos agresivos y deseos constantes de agredir a otros.

Había estado hospitalizada en una ocasión durante quince días, un mes antes de su institucionalización debido al riesgo de su sintomatología para su bienestar personal, y en el mes de Octubre de 2017, durante uno de sus permisos de salida, después de la ingesta de unas pastillas y de mantener conductas autoagresivas, siendo esta hospitalización una recaída en su sintomatología.

Desde el acompañamiento por el área de Psiquiatría tenía un diagnóstico principal de Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión, y un diagnóstico relacionado de Historia Personal de Lesión Autoinfligida Intencionalmente, con un tratamiento farmacológico con Escitalopram 10 mg, Ketiapina 25 mg y Ácido Valprórico 250 mg.

6.4 Historia personal

La paciente es una adolescente de 16 años de edad, soltera, quien se encuentra cursando el grado undécimo con proyecciones para desempeñarse como enfermera.

De su infancia, expresa el no haber querido ser niña, debido a las situaciones traumáticas vivenciadas en cuanto a su sexualidad principalmente, manteniendo una relación más cercana con pocos pares del mismo sexo, con las que además tuvo conductas de exploración sexual, y comportamientos agresivos con los del sexo opuesto.

Su madre manifiesta que tuvo un desarrollo físico normal, aunque durante su infancia se caracterizó por ser muy enferma,

“... Por ejemplo a ella dormida, le daban muchas pesadillas, ella dormía con los ojos abiertos, me asustaba... ella era juagada en sudor haciendo frío. Esa niña vivía más en el hospital... a ella le subían fiebres, y tenía que uno irse al hospital a que se las cortaran con medicamentos, porque lo que uno le daba, no le servía”.

Entre sus cuatro y cinco años fue operada de adenoides y amigdalitis.

En cuanto a su estado de ánimo la madre expresa:

“Ella hay veces si era calladita. Era calladita... uno le decía ¿está triste? Que no. Pero uno si la notaba como cabizbaja”.

Desde su infancia se caracterizaba por sus conductas impulsivas autoagresivas (tirarse por las escalas), las cuales combinaba con la fantasía al ser interrogada por la madre.

Según lo que Jimena relata, fue víctima de abusos sexuales por parte de dos primos maternos segundos, desde la edad de los 5 o 6 años hasta los 10/11 años, de manera continuada. Además, por parte del padre de uno de sus hermanos, desde los 7/8 años, también de manera continuada, hasta unos días antes a su institucionalización. Dada la temprana edad en la que ocurrieron estos hechos, no supo cómo pedir ayuda o a quien acudir, lo que generó que fuera limitando la expresión de sus pensamientos y emociones, a manera de defensa. Su madre relata no haber conocido nada de lo ocurrido, dejando el cuidado de Jimena en algunos miembros de su familia extensa, incluyendo a los tres abusadores sexuales, en varias ocasiones. Sin embargo, tomando en cuenta esta historia, durante su adolescencia la paciente empezó a presentar comportamientos desafiantes, socialización con pares de riesgo suicida, retraimiento, aislamiento, autoagresiones e intentos suicidas, siendo algunos de estos síntomas más evidentes para su madre, lo que hizo que ésta indagara por el motivo de estos comportamientos, hasta encontrar un diario personal de la adolescente, en el que narraba la historia de abusos dentro de la familia.

Como factores protectores la adolescente hacía parte de grupos de gimnasia en donde lograba socializar, sin embargo, por su permanencia en calle, se exponía a múltiples factores de riesgo durante la noche (al regresar de las clases), sin contar con el acompañamiento familiar necesario. También ha presentado un adecuado desempeño académico, además de interesarse por el fútbol y las manualidades.

6.5 Historia familiar

La adolescente hace parte de una familia monoparental, conformada por su madre, y otros dos hijos de ésta última, productos de diferentes relaciones, estando cercana su residencia a la de su tía y abuela maternas, quienes también se han encargado de su cuidado, mientras su madre se encuentra trabajando.

Frente a la historia familiar, la madre de la paciente manifiesta ser parte de una familia nuclear conformada por sus padres y siete hijos (una fallecida y un aborto). Expresa haberse ido de su casa aproximadamente cuando tenía 16 años junto a una de sus hermanas (quien posteriormente se devuelve y luego es asesinada por grupos armados de su comunidad), debido a las situaciones de maltrato físico y psicológico y riesgo de abuso sexual por parte de su padre, como figura patriarcal, respecto a lo cual su madre tomaba una actitud pasiva y temerosa, situaciones que la llevaron a demandarlo y la obligaron a trasladarse a la finca de uno de sus tíos maternos en Ciudad Bolívar, en donde trabajaba recogiendo café para sus gastos personales.

Fue allí donde conoció al padre de la paciente, con el cual tuvo una amistad y luego una relación afectiva, a partir de la cual quedó en embarazo cuando tenía 19 años, sin embargo, dicho señor termina la relación, al volver con su antigua pareja. Esto trae a la madre sentimientos de soledad y tristeza durante su embarazo, para luego devolverse a vivir con su familia después del nacimiento de Jimena, y de la muerte de su hermana, y así convertirse la paciente en el consuelo para ellos.

El padre de Jimena ha estado presente en su vida, como proveedor económico, alternando esto con visitas y con los períodos de vacaciones, en donde la paciente se trasladaba a compartir con él y su nuevo grupo familiar, existiendo un vínculo afectivo, aunque no muy estrecho.

Han existido situaciones constantes de violencia verbal y física por parte del abuelo materno de la paciente hacia otros miembros de la familia (hasta su salida del hogar con una nueva pareja), entre estos mismos y entre éstos con otras personas externas. De igual manera, según expresa la madre, su padre fue el abusador sexual de su hermana fallecida y de una de sus amigas.

La madre tiene una pareja actual vinculada a grupos armados y con la que ha convivido existiendo situaciones de violencia intrafamiliar (esto ocurrido en presencia de sus hijos, quienes por cortos períodos de tiempo, decidieron convivir con su abuela por esos motivos), lo que se convierte en un asunto transgeneracional, al igual que el abuso sexual, pues una de las parejas anteriores de la madre, fue uno de los presuntos abusadores sexuales de Jimena.

Frente a sus padres, la paciente manifiesta no existir canales claros de comunicación y confianza, sin identificarlos como posibles figuras de apoyo.

Al momento de su ingreso a la institución, no quería mantener comunicación con su madre, manteniéndola alejada de su proceso aproximadamente por cuatro meses, en los que

paulatinamente pudo enfrentar la rabia que sentía hacia ella, para empezar a construir una confianza, que no existió en aquellas situaciones de presunto abuso sexual por parte de sus dos primos segundos maternos durante su infancia y pre- adolescencia. Uno de los primos pertenecía a grupos delincuenciales y fue quien la amenazó a ella con hacerle daño a su familia.

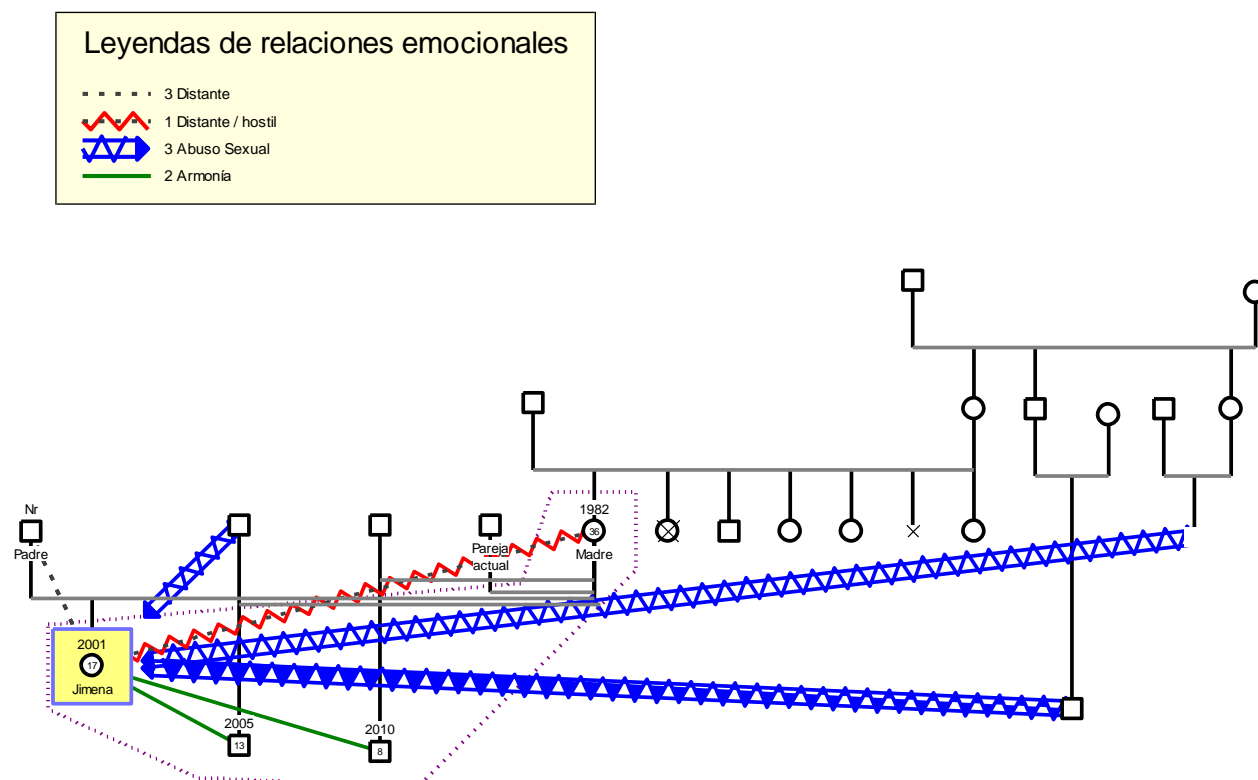
Tampoco manifestó la ocurrencia del otro presunto abuso sexual por parte del padre de uno de sus hermanos desde su infancia (7- 8 años) hasta los días antes de ingresar a protección, situación que sólo pudo expresar en un diario que fue visto por una de sus tías maternas y posteriormente por el resto de su familia; en este sentido con posterioridad la madre manifestó que ella intuía lo que pasaba con Jimena, por lo que pidió ayuda a sus hermanas. La familia materna además, culpa a la madre por todo lo sucedido, debido al descuido y desatención que perciben entre la madre y Jimena.

Frente a la relación con sus hermanos, la paciente ha mantenido una relación muy conflictiva con uno de ellos, tornándose en ocasiones agresiva físicamente. Sin embargo, a partir del proceso, ha logrado acercarse afectivamente a los mismos, desde una posición muy protectora, utilizando la comunicación asertiva y tratando de ser una figura de apoyo, encontrándose con el hecho de que su hermano de 13 años, tiende a ser poco expresivo también, pues se encuentra afrontando lo ocurrido con su padre (presunto abusador de Jimena).

Es importante tomar en cuenta que las dificultades a nivel familiar se convierten en una carga emocional para Jimena, quien presenta conflictos para poner límites en este sentido. De igual manera un factor de riesgo asociado es la posible vinculación de familia extensa en grupos armados, además de tener Jimena un familiar político con dificultades emocionales, quien en diferentes momentos le ha hablado de posibles conductas autoagresivas e intentos suicidas que afectan a la adolescente, por lo que la madre decide establecer un límite entre su hija y dicha tía política.

Los roles a nivel familiar no son muy claros en cuanto a la autoridad y protección, siendo este un aspecto que ha afectado las formas de vinculación de la paciente con sus familiares, pues no hay claridad entre las funciones de los adultos y sus hijos o familiares.

6.6 Genograma



6.7 Proceso de evaluación

El proceso de evaluación fue llevado a cabo a partir de entrevistas clínicas con la paciente y con su madre, después del diligenciamiento del consentimiento informado correspondiente para realizar el proceso psicoterapéutico y el de análisis e investigación del caso clínico. También se aplicaron el Test de la figura humana de Karen Machover y el Test de la familia.

6.8 Diagnóstico evolutivo y descriptivo

El nivel de funcionamiento de la paciente evaluado durante su acompañamiento terapéutico en una institución de protección, corresponde a un trastorno del carácter Pre-neurótico, siendo ésta una primera lectura, tomando en cuenta el momento de transición que implica la adolescencia, en la cual según Blos (1979) ocurren cambios psíquicos revolucionarios que originan excesos en la acción y en el pensamiento, manifestaciones turbulentas, tipos especiales de conducta de grupo y de estilos sociales, e ideas iconoclastas, todo esto en el

proceso de segunda individuación que implica este momento del desarrollo. A su vez, es necesario tener presente las experiencias traumáticas tempranas de la paciente, que se reactualizan en la adolescencia, y que incluyen la ocurrencia de abusos sexuales continuados durante su infancia y adolescencia, sin la posibilidad de acudir a un adulto confiable para protegerla y defenderla (ella era invisible). De aquí que sólo hasta que se elabore la crisis adolescente y el trauma asociado a sus experiencias, volviendo a un mayor nivel de tranquilidad, se podrán reconocer los recursos psicológicos con los que cuenta la paciente, estableciendo una lectura de su estructura psíquica más definida.

Se habla de un funcionamiento preneurótico al fallar la transmutación de las internalizaciones de cuidado del objeto, a la representación del si-mismo, que hablan de fallas tempranas en la relación maternal primaria, en donde la figura materna no logró la suficiente empatía para conectarse con las necesidades de su hija después del proceso de diferenciación para el logro final de la identidad y la constancia objetal. Las fallas estructurales preexistentes se manifiestan en la etapa del reaceramiento descrita por Mahler, Pine y Bergman (1975) por lo que la adolescente se caracteriza por sus constantes cambios de estado de ánimo, insaciabilidad, insatisfacción general, con deseos contradictorios de alejar al objeto y luego aferrarse al mismo, siendo predominante la ansiedad a perder el amor del objeto. La integración de las representaciones parciales se ve comprometida por las fallas empáticas de la madre y/o en palabras de Winnicott, en el holding psíquico.

Es por eso que tanto la representación de sí misma como la del otro presentan dificultades significativas en cuanto cohesión, diferenciación e integración, generando en la adolescente dificultades tanto en la relación consigo misma y el otro, como en la construcción de su identidad como tal, existiendo emociones y experiencias que la desbordan, y se le dificultan resignificar.

- **Dimensión del sí mismo:**

La paciente presenta una representación del sí mismo devaluada, poco diferenciada, con recursos narcisistas insuficientes que lentamente comienza a desarrollar; con modalidades diádicas, con relación a los vínculos, en cuanto a su valoración y aceptación, siendo primordial el juicio del otro, antes que su propia construcción personal en cuanto a su identidad. No se nombra a sí misma desde sus capacidades y características más representativas, pues las desconoce, no se ha logrado la integración como tal de los aspectos positivos y negativos del sí mismo. El

ambiente vincular no ha propiciado los procesos de síntesis e integración por las fallas en el cuidado. Esto además por las implicaciones propias de experiencias traumáticas de abuso sexual que generan emociones como la culpa y la rabia, que no ha logrado tramitar, apareciendo la vuelta sobre sí, y por la afectación de una función superyoica tirana que constantemente la devalúa al no cumplir con un ideal de perfección respecto a sí misma.

- **Dimensión de las representaciones sí mismo- objeto:**

Hay suficiente diferenciación del sí mismo respecto al objeto, con el desarrollo parcial del proceso de separación (reconocimiento de otro externo a ella), con dificultades en la individuación (autonomía psíquica), al existir un componente de dependencia emocional en cuanto a la valoración de los otros, y a la contención y atención afectiva, lo cual tiene que ver con fallas en la relación maternal primaria, en donde la paciente no encontró el vínculo empático a partir del cual ser ella misma y confiar en el otro.

Existen aspectos de la representación del objeto que no han sido integrados, por lo que por un lado aparece un objeto persecutorio y un juez despiadado respecto al cual se defiende desde el aislamiento, ensimismamiento y evitación, y por otro lado un objeto idealizado que contiene sin límites su ansiedad y angustia.

- **Dimensión del mundo:**

La paciente tiene una representación del mundo persecutoria, poco confiable, amenazante, confusa y caótica, la negación aparece como un mecanismo de defensa frente a experiencias traumáticas vivida desde su infancia, para evitar el malestar psíquico que le genera, pero que finalmente la desbordan; su lugar en el mundo es invisible, las fallas en el medio cuidador la dejan a la deriva, sin lugar y en una posición de poco valor. Se ubica en una posición devaluada y desde la cual es mejor no saber por la angustia que puede generar. Pasa de la experiencia y su afectación al acto de agresión vuelto sobre sí.

7. Descripción detallada de las sesiones

El número total de sesiones realizadas fueron 55 dentro del período de institucionalización de la adolescente, comprendido entre el 16 de junio de 2016 y el 15 de febrero de 2018.

Durante las primeras sesiones, se llevaron a cabo las entrevistas clínicas, a partir de las cuales se realizó la evaluación diagnóstica y al mismo tiempo se fue estableciendo de manera paulatina un vínculo terapéutico con la adolescente, quien desde el inicio se caracterizó por su ansiedad en el espacio, siéndole muy difícil expresar por medio de la palabra, la angustia que le generaba su historia de abusos sexuales y la relación con su figura materna, quien por el deseo de la paciente, no participó de su proceso de restablecimiento de derechos por medio de visitas, durante cuatro meses.

A partir de la construcción de este vínculo, se pudo empezar a realizar un ejercicio de contención constante con la paciente debido a la fragilidad y angustia que manifestaba, desde una posición de vulnerabilidad y desamparo, ejercicio que perduró hasta la finalización de su proceso. Es de resaltar que casi de manera inicial logró el alcance de un mayor control de impulsos, disminuyendo significativamente sus autoagresiones.

Entre las sesiones 10 y 15, Jimena empezó a acercarse a algunas figuras de apoyo, de las cuales también demandaba una atención permanente, mientras en el espacio individual empezaba a descifrar sus temores y angustias que ella manifestaba no comprender.

En estos momentos era constante su devaluación narcisista, y sus sentimientos de incapacidad para enfrentar sus experiencias de vida; no mantenía ninguna relación significativa con sus pares.

Gradualmente, se permitió empezar a expresar algunos de sus pensamientos y emociones, mientras su deseo de evitar un mayor malestar psíquico, influía en su poca apertura emocional y defensividad, desde una posición desde la cual parecía no quería saber acerca de su sexualidad y de su historia de vida.

Un aspecto fundamental para su proceso, fue el poder volver a tener contacto con su madre, desde el cual desarrollar confianza y nuevas vías de comunicación, lo que influyó a su vez en el avance en el espacio individual, en el que logró hacia la mitad de su proceso terapéutico adentrarse en la expresión y resignificación de los abusos sexuales, los que afectaron la forma de verse a sí misma desde la devaluación; al otro, como agresor, respecto al cual logró empezar a

afrontar emociones que se encontraban generalizadas, en conflicto; y al mundo, vivido como amenazante.

Alrededor de las sesiones 30- 34, la paciente también se permitió el poder delimitar el miedo relacionado con el juicio externo, que se convirtió en una resistencia al cambio, desde la cual buscaba mantener un ideal respecto a sí misma, en relación al valor que percibía por parte de figuras de apoyo y autoridad.

Esto a su vez, tuvo un efecto desequilibrante en la paciente, pues aproximadamente después de la sesión número 40, fue hospitalizada debido a una crisis emocional, con síntomas exacerbados de ansiedad, angustia y presencia de autoagresiones, que no pudo afrontar, debido a las emociones que tenía en conflicto y a los ideales que contrastaban con su realidad personal y relacional, según su percepción.

Esto generó que en las siguientes sesiones (41 a la 46), la paciente exteriorizara emociones reprimidas y negadas como la agresividad, la culpa, y la rabia hacia el objeto desde la generalización, pero desde un mayor control de impulsos. La paciente nuevamente demandaba desde su imposición y conductas desafiantes ante la frustración, atención y contención por parte de figuras de apoyo (incluyéndome como terapeuta) respecto a sus síntomas de angustia, rabia y ansiedad. Buscaba cuidado de parte del otro desde una posición de incapacidad, transmitiéndole la angustia a pares, y referentes de apoyo y autoridad, de una manera caótica.

Para mí fue empezar a reconocer estos síntomas con algo de temor y frustración, pero desde una posición de firmeza, encontrando un equilibrio entre la comprensión de la paciente y la realización de un acompañamiento dirigido a fomentar la capacidad para expresar sus conflictos, sentimientos y afectos caóticos o no integrados, promover diferenciación y autonomía psíquica.

De forma posterior, y con un cambio paulatino de posición de la adolescente para las 10 últimas sesiones, empezó a alcanzar lentamente, capacidad de autorreflexión acerca de sus miedos y emociones asociadas a sus experiencias de vida, fomentando en ella la diferenciación respecto al otro y a sus emociones, que se encontraban generalizadas y por fuera de un control yoico.

Se fomentó un proceso de autorreconocimiento, que se dificultaba por la sobrevaloración del juicio externo, sin embargo, la paciente pudo llegar en un momento a sentirse capaz de afrontar sus emociones, y responsabilizarse de alguna manera por su estabilidad emocional, a pesar de que no podía definirse y apropiarse del todo de sí misma.

Respecto a su historia y dinámica familiar fue el foco que también se trabajó durante estas últimas sesiones, con una resistencia a querer saber sobre su historia familiar, para luego empezar a cuestionarse sobre el lugar que ocupaba en su familia al no sentirse reconocida por sus padres desde lo que realmente era, y las implicaciones que esto trajo, en cuanto a su aislamiento, soledad, ensimismamiento, desconfianza en el vínculo, rabia y sentimientos de exclusión respecto a la relaciones de pareja de sus padres. Pudo empezar a identificar aquellas posibles fallas en el cuidado por parte de otros significativos tanto en su infancia como en su adolescencia, y las emociones de rabia, frustración y tristeza asociadas.

Finalmente, a partir de su deseo de retornar a su medio familiar, logró apropiarse un poco más de sí misma y de su proyecto de vida, reconociendo la importancia del cambio para obtener sus objetivos personales y familiares, desde la interiorización paulatina de la dimensión del valor tanto de sí misma como del otro, incluyendo a sus pares y familiares, a los cuales empezó a ver desde una concepción más integrada.

8. Marco conceptual de referencia

8.1 Psicología dinámica y teoría de las relaciones objetales

Desde las teorías psicodinámicas se ha conocido la concepción teórica de que cada persona se caracteriza por tener un mundo interno de representaciones, por lo que la idea que se tiene de sí mismo, el otro y el mundo es subjetiva, de aquí que el acompañamiento terapéutico individual, se convierte en un dispositivo fundamental para adentrarse en esta comprensión.

Desde este punto de vista es a partir del vínculo primario materno, que se establece el psiquismo humano, por lo que existen diferentes teorías relacionales que tienen en común la concepción de que estamos conformados por una matriz de relaciones con los demás, entendiendo que las experiencias y acontecimientos, adquieren un significado a partir de la forma en que se configuraron en la interacción interpersonal (Mitchell, 1988).

Cada persona vive de una manera particular sus experiencias, por lo que según Horner (1979) durante la infancia se van construyendo patrones básicos tanto del sí mismo como del objeto, entendido como la persona (o personas) maternante primaria en la vida del bebé, hasta llegar a consolidarse estructuras intrapsíquicas entendidas como relaciones objetales. Este concepto hace referencia a “estructuras intrapsíquicas específicas, a un aspecto de la organización del Yo y no a las relaciones interpersonales. Sin embargo, estas estructuras intrapsíquicas, las representaciones mentales del si-mismo y otros (el objeto), si se manifiestan en la situación interpersonal” (Horner, 1979, p.3).

Se partirá entonces de un modelo de la mente que se sustenta en tres ejes: relacional (configuración del psiquismo a partir de la interacción con los objetos primarios), del desarrollo como una dimensión de la lectura de procesos, y representacional, basado en la construcción de imágenes internalizadas en el contexto de la relación afectiva (Schnitter, 2017).

Horner (1979), parte de un esquema representacional de la mente, pensando en los procesos mentales tempranos a partir de los cuales se configura el mundo en patrones significativos hasta los tres o cuatro años de vida, para formar la base de las estructuras intrapsíquicas duraderas, que seguirán cambiando en el transcurso del tiempo.



Figura 2 Mundo representacional planteado por Horner (1982, adapt. Schnitter, 2001).

Horner (1979) parte de la teoría de Piaget (1936) para explicar los procesos básicos de organización psíquica, con los conceptos complementarios de **asimilación** (modificación de nuevas experiencias para ajustarlas en la organización mental pre existente) y de **acomodación** (cambio de la organización mental pre existente para acomodar la realidad), los cuales son concurrentes con los procesos **de cohesión, generalización, diferenciación e integración**, formando de esta manera los patrones básicos (llamados por Piaget como esquemas), a partir de vivencias y experiencias repetitivas y significativas en contexto relacional.

8.2 Del cuidado de la madre hacia el nacimiento psicológico humano

Para comprender el proceso de construcción de identidad y constancia objetal, Mahler, Pine y Bergman (1975), plantean una teoría del desarrollo enfocada en el nacimiento psicológico del infante. En este sentido, se puede analizar el papel de la madre en cuanto al cuidado, en cada una de las etapas del desarrollo, las cuales tienen una tarea evolutiva específica.

La etapa del **autismo normal** (primer mes de vida del niño), tiene como logro principal “el equilibrio homeostático del organismo dentro del nuevo ambiente extrauterino, por

mecanismos predominantemente somatopsíquicos y fisiológicos” (Mahler, Pine, Bergman, 1975, p.55), siendo además característico la barrera contra estímulos, con una falta de respuesta por parte del bebé a los estímulos externos, desde un narcisismo primario absoluto (Mahler, *et al.*, 1975). La madre será la encargada de brindar los primeros cuidados al bebé, además de sacarlo gradualmente de su tendencia innata a la regresión vegetativa, además de promover consciencia sensorial del ambiente (Ribble, 1943, citado por Mahler, *et al.*, 1975).

Este período coincide con la etapa sin objeto de Spitz (1965), en la cual el objeto y el mundo exterior no existen para el bebé. Spitz la nombra además como la etapa de no diferenciación, pues no hay suficiente organización de la percepción, actividad y funciones del recién nacido, siendo predominante una organización cenestésica.

Horner (1979), retoma estas fases del desarrollo para abordar cuestiones clínicas, encontrando en esta etapa la patología del autismo infantil, en la cual el niño queda fijado, sin poder alcanzar los procesos de apego con la figura materna, existiendo un ambiente completamente caótico, perturbando las tendencias organizativas del bebé.

La etapa de la **simbiosis normal** (que se inicia hacia el segundo mes de vida) entendida como una fusión somato- psíquica onipotente entre la madre y el niño, tiene como tarea evolutiva la catexia paulatina del mundo, especialmente en la madre, como una unidad dual con el yo, sin existir unos límites delineados y delimitados; la madre será quien facilite esto a partir de repetidas experiencias contacto- perceptuales del cuerpo total con el niño (Mahler, *et al.*, 1975), o en palabras de Spitz (1965 cit. Mahler, *et al.*, 1975) a partir de promover de manera natural el contacto visual (y con este la respuesta sonriente), como el desencadenador del primer organizador.

La falla para establecer la simbiosis satisfactoria debido a factores ambientales, pueden llevar a la formación de la estructura patológica del psicópata sin afecto, quien se caracteriza por la falla para desarrollar un lazo afectivo, asociado al apego; o también un desorden del carácter esquizoide en donde se presenta un desapego defensivo, posiblemente debido a interrupciones debido a la separación o a la pérdida, y que puede aparecer en otras fases en el continuum del desarrollo (Horner, 1979). De igual manera, Mahler, *et al.* (1975) describe la psicosis simbiótica infantil, en casos muy graves de desorganización, como un mecanismo al que regresa el yo.

El proceso de **separación- individuación** como dos carriles intervencionales del desarrollo, el primero entendido como el camino de la diferenciación y la formación de límites con la madre y el segundo como la evolución de la autonomía psíquica. Tiene como primera subfase la **diferenciación** (cuyo umbral se inicia hacia el 4 o 5 mes de vida del niño, en el apogeo de la simbiosis y es observable comportamentalmente entre los seis y ocho meses del bebé), en la que se da la expansión gradual de la atención del infante del interior de la diada hacia al exterior, por medio de la actividad perceptual (Mahler, *et al.*, 1975), apareciendo paulatinamente según Spitz (1965) la organización diacrítica en donde la percepción es a través de los órganos de los sentidos. En esta etapa ocurre la angustia ante los extraños (primera manifestación de la angustia propiamente dicha del bebé al entrar en contacto con un desconocido), como indicador del segundo organizador psíquico (Spitz, 1965).

En relación a esta subfase, Horner (1979) hace mención de la importancia de las funciones maternas, como punto de orientación para el niño, por lo que al no tener la madre esta seguridad habrá “una perturbación en el primitivo sentimiento de sí” (Horner, 1979, p. 20), desencadenando una patología borderline con la experiencia de disolución del self y ansiedad frente a la pérdida del objeto.

La segunda subfase es la **ejercitación** (entre los ocho y dieciocho meses del bebé) en la que se presenta un investimento narcisístico del niño hacia sus propias funciones, cuerpo y los objetos de su realidad en expansión, siendo la madre una base de operaciones que satisface las necesidades de reabastecimiento emocional del niño, a partir de una distancia óptima (Mahler, *et al.*, 1975). Al ocurrir fallas en esta tarea evolutiva, la resultante será una representación del sí mismo grandiosa y onnipotente, con un narcisismo patológico encontrado en los pacientes borderline o en el trastorno de personalidad narcisista (Horner, 1979).

La tercera subfase es la del **acercamiento** (entre los 15 y 24 meses del bebé) en donde el niño se hace más consciente de la separación de la madre, generándole sentimientos de vergüenza y desamparo, al confrontar el poder del objeto consigo mismo, momento en el cual ha contrarrestado su sobrestimación de la onnipotencia, y puede aparecer con mayor claridad más no originarse, la patología borderline por las ansiedades que se originan frente a la pérdida del objeto (Horner, 1979). La madre es la encargada entonces de mantener una disponibilidad emocional óptima, con la aceptación de la ambivalencia de su hijo (Mahler, *et al.*, 1975).

En palabras de Horner “La madre suficientemente buena de este período hará posible que el niño se despoje de su poder delirante sin excesiva ansiedad o vergüenza” (Horner, 1979, p. 22).

Se presenta además el gesto negativo de “no” del niño, como primer concepto abstracto y como un indicador del tercer organizador psíquico estudiado por Spitz (1965), siendo un logro en cuanto al desarrollo mental y emocional del niño, que presupone su capacidad para el juicio y la negación.

Finalmente, la consolidación de la **identidad y los comienzos de la constancia objetual** (hacia el tercer año de vida del niño), es la cuarta subfase en la que se logra un sentimiento estable de identidad y se unifican las representaciones parciales del objeto bueno y malo en una sola representación total, esto facilitado por la presencia de una imagen interna confiable y más estable de la madre (Mahler, *et al.*, 1975).

Sin embargo, en el camino hacia estos dos logros, se pueden presentar fallas en la asimilación de las funciones maternas dentro de la representación del sí mismo, el cual es el caso del desorden de carácter preneurótico, en el que se mantiene una relación de dependencia hacia el objeto frente a necesidades de seguridad o autoestima (Horner, 1979).

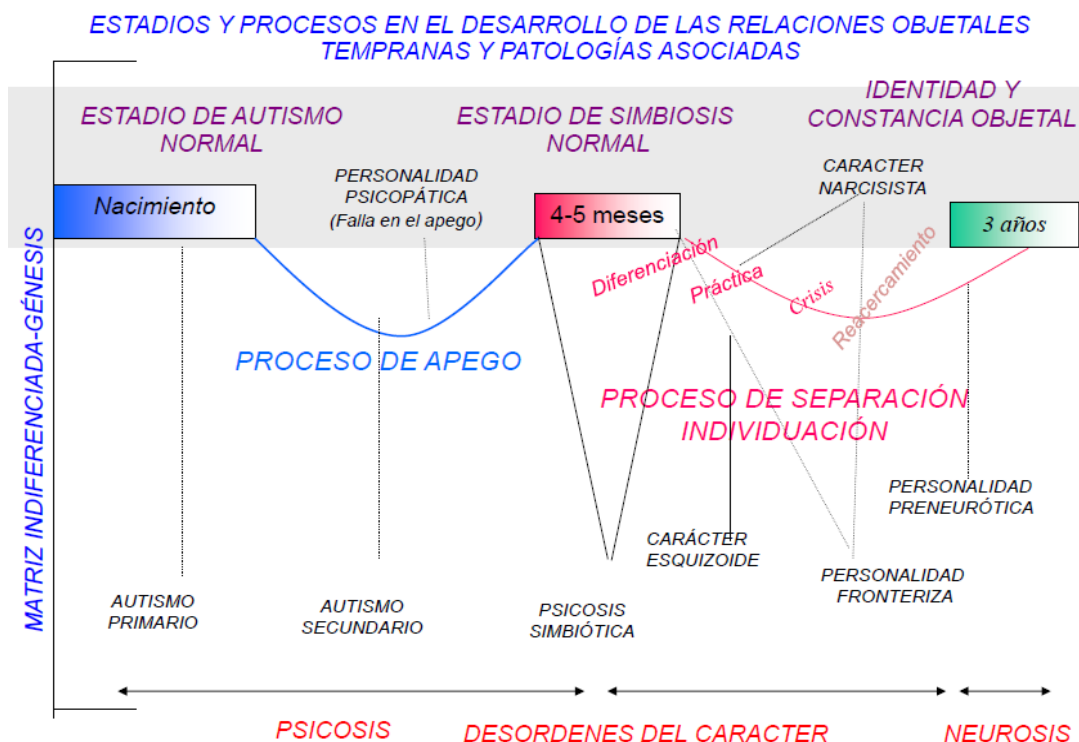


Figura 3 Estadios y procesos en el desarrollo de las relaciones objetales tempranas y patologías asociadas. Fuente: Horner 1982 (adapt. Schnitter y Vásquez 2009).

Posterior a este proceso de integración de las representaciones del sí mismo y del objeto propuesto por Mahler dentro de las teorías relacionales, comienza aproximadamente entre los 3 y 10 años del niño, una fase denominada la dimensión del tercer excluido dentro del conflicto edípico propio del desarrollo y la estructuración psíquica. En este momento los padres o adultos significativos son los principales referentes del niño, en su proceso de interiorización de la norma, ley y prohibiciones, como los precursores del superyó edípico, el cual en la adolescencia perderá parte de su influencia. De esta manera comienza el paso de la forma relacional diádica a la triádica, a partir de un proceso de triangulación, que según Schnitter (2015 citada por Álvarez y Estrada 2017) “es promovido por el desarrollo y el mundo o los padres o los cuidadores en el mundo e implica pasar por 4 momentos”.

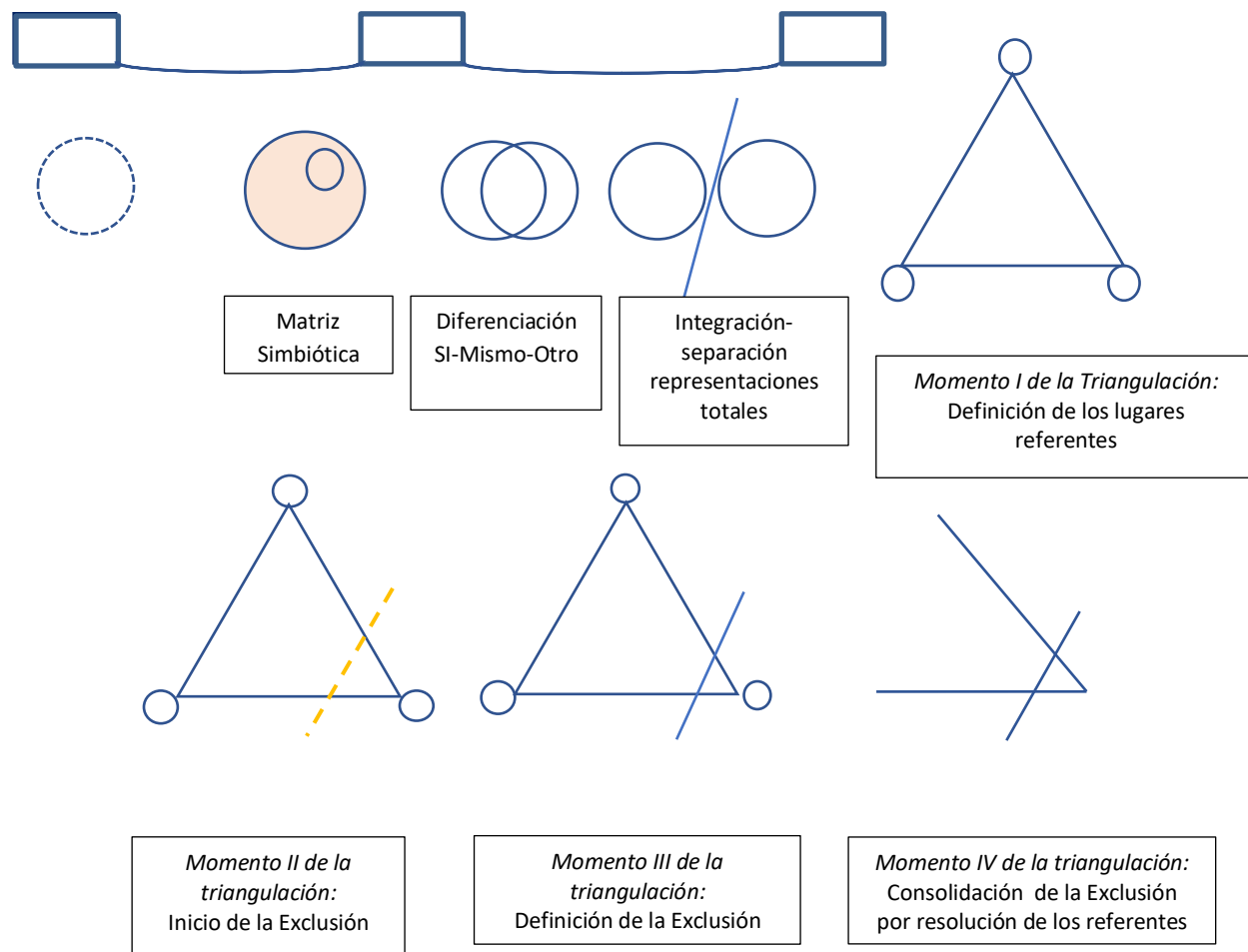


Figura 4. Estructuración del mundo representacional y diferenciación de la estructura diádica a la tríadica. Fuente: Horner (1982) Schnitter (2001), realizado por Concha y Orozco (2015).

Estos cuatro momentos se pueden resumir de la siguiente manera de acuerdo con Schnitter (2017):

Momento I de la triangulación en el cual se establecen, nombran y definen los lugares de cada uno de los miembros de la familia, con los padres como referentes para el hijo.

Momento II de la triangulación en el que se inicia el proceso de exclusión, con una verticalidad evidenciada en el genograma, en la relación entre los padres y el hijo.

Momento III de la triangulación la relación vertical entre padres e hijo está establecida con el inicio de la exclusión propiamente dicha, en la que el niño tiene un lugar propio y diferenciado, en una posición de tercer excluido de lo diádico.

Momento IV de la triangulación es la consolidación como tal del lugar de tercero excluido, y valor en el mundo desde el fortalecimiento de su identidad a través de la resolución de los referentes.

De esta manera se alcanzará paulatinamente la apertura del mundo objetal, propia de la adolescencia, en donde el sujeto renunciará a los objetos de la infancia desde una desvinculación emocional, para escoger objetos de amor nuevos, etapa en la que se encontraba la paciente, con la ambivalencia y altibajos emocionales que esto conlleva, tomando en cuenta además su historia particular, con dificultades en el proceso final de integración de los relaciones objetales, con fallas en la separación e individuación debido a la dependencia emocional al objeto.

8.3 La función materna

Varios autores se han interesado por el estudio de la función materna en el desarrollo psíquico del infante, especialmente los teóricos de las relaciones objetales, quienes otorgan un lugar importante a los objetos primarios en la vida del niño, resaltando el papel de la identificación, sintonía, sostenimiento y empatía de la madre, para el cumplimiento de su función como cuidadora y potencializadora de la organización psíquica del bebé.

Spitz (1965) en su teoría del desarrollo psicológico, hace mención de la “madre normal, buena” quien desde corrientes contradictorias establece una relación de influencia recíproca con su hijo, a partir de la cual proporciona unos controles (demandas del superyó de la madre) y unas facilidades (aspiraciones del ideal del yo de la madre) a este último, posibilitando el desarrollo y establecimiento de sus propios controles, existiendo sin embargo casos de madres con personalidades desviadas y una influencia patológica sobre el desarrollo de los niños.

Así mismo, Mahler y Horner, anteriormente ilustradas dentro de sus teorías, destacan a la figura materna, como facilitadora de los logros de la identidad y la constancia objetal.

Winnicott (1960) también hace una definición de la madre suficientemente buena quien de forma repetitiva da satisfacción a la omnipotencia del infante, permitiendo que emerja el self verdadero, lo que contrasta con la madre que no es suficientemente buena, quien “no es capaz de instrumentar la omnipotencia del infante, de modo que repetidamente falla en dar satisfacción al gesto de la criatura” (p. 923). Esto a partir de *la preocupación maternal primaria* (Winnicott, 1960), entendida como la disposición y capacidad de la madre para despojarse de sus intereses

personales para concentrarse en el bebé e identificarse con él, pues es la única que por medio de sus cuidados, puede saber exactamente cómo se siente el niño (utilizando sus propias experiencias como bebé), permitiéndole de esta manera, un desarrollo personal y real:

El yo de este niño es a la vez débil y fuerte, todo depende de la capacidad de la madre para proporcionar apoyo al yo del niño. El yo de la madre está sintonizado con el del niño y ella puede darle apoyo si logra orientarse hacia su hijo. (Winnicott, 1960, p. 1068)

Sin embargo, cuando este apoyo yoico de la madre no está o es débil, el desarrollo se condiciona por las reacciones frente a las fallas ambientales, dificultando el alcance de la afirmación personal del niño, quien pasará a caracterizarse por unos patrones conductuales tales como la inquietud, apatía, inhibición y sometimiento (Winnicott, 1960).

Al respecto, Stern (1997) plantea una teoría que del mismo modo se pregunta acerca de la función materna conocida como *la constelación maternal*, definida según su autor como una organización psíquica temporal de la madre, tras el nacimiento del niño y cuya duración es muy variable. La madre experimenta un reordenamiento profundo de sus intereses y preocupaciones, por lo que afronta varios temas o funciones en el marco de nuestra cultura occidental:

El tema de la vida y el crecimiento, en donde la cuestión es acerca de si la madre tendrá éxito en relación a la vida y crecimiento del bebé.

El tema de la relación primaria que tiene que ver con las formas de relación desde el afecto, el sostenimiento, la seguridad, en un nivel preverbal pues abarca el período del primer año de vida del niño.

El tema de la matriz de apoyo entendida como la necesidad de la madre de crear, aceptar y permitir una red de apoyo protectora que le facilite el alcance de las dos funciones anteriores, siendo esta una red tradicionalmente femenina y maternal.

El tema de la reorganización de la identidad que se refiere a la necesidad de la madre de transformar su identidad de hija a madre, lo cual la llevará a revivir su historia de identificaciones con su madre y otras figuras maternas, como modelos de identificación.

Los recuerdos o los fragmentos de memoria almacenados en la madre también incluyen ambos lados de la interacción o de la relación con su propia madre cuando era joven: lo que ella experimentó, directamente como bebé mientras interactuaba con su madre, y la experiencia empática de la madre en su interacción con ella (a través de la imitación y la identificación primaria). (Stern, 1997, p. 221)

Esto permite cuestionarse acerca del papel que juega en el presente caso, la historia de vida familiar para la madre de Jimena, y preguntarse acerca de ¿Hasta qué punto las fallas en el cuidado de la madre se repiten en el caso de la adolescente? ¿Qué ocurrió en el proceso de identificación y la sintonía entre la abuela materna y su hija? ¿Cómo fue el acompañamiento brindado por la red de apoyo a la madre?

Desde esta teorización, también es fundamental hacer mención del concepto de holding o sostenimiento planteado por Winnicott (1961), el cual lo define de la siguiente manera:

El sostén protege de la agresión fisiológica; toma en cuenta la sensibilidad dérmica del infante, el tacto, la temperatura, la sensibilidad auditiva, la sensibilidad visual, la sensibilidad a la caída (a la acción de la gravedad)- y su desconocimiento de la existencia de nada que no sea el self; incluye la totalidad de la rutina del cuidado a lo largo del día y la noche, que no es la misma para dos infantes cualesquiera, porque forma parte del infante, y no hay ningún par de infantes que sean iguales; también sigue los minúsculos cambios cotidianos, tanto físicos como psicológicos, propios del crecimiento y desarrollo del infante. (p. 1578)

La madre se convierte entonces en un yo auxiliar, hasta que el bebé logre desarrollar sus capacidades de síntesis y de integración, con un sostenimiento exitoso como una continuidad existencial. Para esto es fundamental que la madre sienta amor, facilitando la integración de estímulos y de las representaciones del sí mismo y del objeto (Bleichmar & Bleichmar, 1997).

Por otro parte, con el concepto de capacidad de *reverie* de Bion, (citado por Stitzman (2004) se hace referencia al estado mental requerido en la madre para estar en sintonía con las

necesidades del bebé; dicha capacidad luego es interiorizada por el bebe. Bion plantea un modelo de continente- contenido, que implica una complementariedad entre las proyecciones del niño y la capacidad continente de la madre, que es aquella a partir de la cual, dicha madre origina la construcción interna, y el proceso de pensamiento y simbolización del bebé (Abadi, 2014).

Para la explicación de estos procesos, Bion (2000) plantea los conceptos de: *elementos beta* entendidos como la matriz más temprana a partir de la cual surgen los pensamientos, con la calidad de un objeto inanimado y un objeto psíquico; y *los elementos alfa* producto del trabajo que se realiza sobre las impresiones sensoriales, llevado a cabo por *la función alfa*. Ésta es entendida según Abadi (2014) como aquella que va a transformar las impresiones sensoriales y las primeras experiencias emocionales en elementos alfa. Bion (2000) va a explicar que la madre actúa como función alfa, modificando el elemento beta, como por ejemplo el temor del niño a morir como una experiencia emocional primitiva, en un elemento alfa, a partir de la proyección de este temor en su madre (como continente), la cual modifica para que el bebé pueda incorporarlo a su personalidad de una forma más tolerable.

Expresando esto en otros términos, el temor es modificado y el elemento-beta, se convierte así en elemento-alfa. Expresando esto en forma aún menos abstracta se le ha quitado al elemento-beta el exceso de emoción que ha estimulado el crecimiento del componente restrictivo y expulsivo; por lo tanto, se ha llevado a cabo, una transformación que le permite al lactante incorporar nuevamente algo, que llamaremos elemento-alfa por comodidad, ahora apropiado para ser utilizado como una definición o preconcepción. El cambio aportado por la madre al aceptar los temores del lactante es el mismo que luego es aportado por la función alfa por personalidades cuyo desarrollo es relativamente logrado. (Bion, 2000, p. 48)

Todas las teorías anteriormente referenciadas cumplen el propósito de ilustrar en el presente caso, cómo la función materna, asociada al cuidado empático de la madre a su hija, ha presentado discontinuidades desde muy temprano, manifestadas a nivel emocional, relacional y comportamental en la adolescente, existiendo fallas significativas en la identificación, sintonía o sostenimiento (conceptos encontrados desde los diferentes autores) que afectaron el proceso de

estructuración psíquica de la paciente, quien no ha logrado aún, de forma definitiva los logros de la identidad y constancia objetal, para el logro de la autonomía psíquica.

8.4 Abuso sexual

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2013) define las violencias sexuales como:

Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. (p. 2)

La violencia sexual es entendida como una problemática de dimensiones mundiales, que afecta a toda la población, especialmente a los niños, niñas y adolescentes, quienes se encuentran en un lugar de vulnerabilidad y desprotección frente a sus derechos. Este es el caso de Colombia, en donde en el año 2017, se presentaron 11290 casos con procesos administrativos abiertos de restablecimiento de derechos, 3000 más que en el transcurso del año 2015, siendo alarmante las estadísticas según las cuales, ocurren 30 abusos sexuales por día, con Atlántico y Antioquia, como los departamentos en los que más se reportan este tipo de casos (Redacción Salud, El Espectador, 2018).

Así mismo Colombia, reúne varios de los factores asociados al riesgo de abuso sexual infantil tales como la violencia intrafamiliar, abandono, disfunción familiar, proximidad del menor a un contexto en el que se presenta consumo de sustancias psicoactivas, extrema pobreza, baja escolaridad, desplazamiento forzado, manteniendo además una mayor vulnerabilidad aquellos niños, niñas o adolescentes con discapacidades, los internalizados por condiciones especiales de salud y en el marco del conflicto armado los menores víctimas y victimarios que hacen parte de grupos ilegales (Quintero, *et al.*, 2013).

Es además en el contexto familiar en donde se presenta de manera significativa el caso del abuso sexual endogámico entre el núcleo conviviente o extendido hacia un niño, niña o adolescente, entendiendo que el testimonio del menor estará condicionado por la existencia de

una confianza básica en el vínculo temprano, según los planteamientos de Winnicott, presentándose un mayor riesgo de ocultamiento de hechos abusivos reiterados hasta hacerse crónicos, en aquellos menores con carencias afectivas tempranas (Kuitca, *et al.*, 2011).

El abuso sexual puede manifestarse de diferentes maneras entre las cuales Echeberua y Corral (2006) manifiestan: “Las conductas abusivas, que no suelen limitarse a actos aislados, pueden incluir un contacto físico (genital, anal o bucal) o suponer una utilización del menor como objeto de estimulación sexual del agresor (exhibicionismo o proyección de películas pornográficas)” (p. 2). Sin embargo, el mayor flagelo tiene que ver con la ocurrencia de estas conductas en el medio familiar, encargado a nivel social de la protección de los niños, niñas y adolescentes, quienes se ven atrapados en medio de la confusión y la ambivalencia que implica que su abusador sexual sea parte de su familia.

En este sentido, Perrone y Nannini (1997), hacen referencia al abuso sexual intrafamiliar como una forma extrema de violencia castigo (sanción infligida) que surge entre dos personas con una relación complementaria (en la cual uno de los actores adopta una posición superior respecto al otro, definido como inferior). Así mismo, plantean cómo en las familias con transacción incestuosa, la prohibición del incesto se desplaza a la palabra “está prohibido hablar”, guardando un secreto celosamente, que a su vez es reforzado por amenazas verbales o la violencia física.

También Kuitca *et al.* (2011) expresan cómo se puede identificar la complicidad consciente o inconsciente entre el perpetrador y otros miembros del grupo familiar. “Es un síndrome que contiene un elemento fundamental: el secreto, en una relación entre un adulto y un niño mutuamente significativos, cuyo correlato es el incesto” (p. 3). Es así entonces como los síntomas son una respuesta a lo que ocurre tanto a nivel personal como familiar, como una solución a un conflicto que es acallado por diferentes generaciones.

Perrone y Nannini (1997) hacen mención de algunas de las características del padre como abusador sexual, encontrado en la investigación del presente caso (el padre en la historia familiar de la madre de la paciente). En el perfil de este tipo de padre se puede identificar el ejercicio de la tiranía, basada en la ley del silencio entre todos los miembros, manteniendo un papel dominante, con sus propias leyes.

Esto es acompañado del borramiento de la figura materna, quien no puede brindar ningún apoyo a sus hijos, desde un rol ausente, la autojustificación, la disminución de sus percepciones y desde darle prioridad a la idea de familia normal y la cohesión familiar (Perrone y Nannini, 1997).

En la mayor parte de los testimonios recogidos, se puede observar cuán fantasmales llegan a ser estas madres: no ven, no oyen, niegan lo evidente, como si se tratara de hechos que ocurren en otro mundo. Si no están bajo influencia, están cuanto menos replegadas y distantes. (Perrone & Nannini, 1997, p. 95)

Sin embargo, el abuso sexual puede ser a cargo de otros miembros del grupo familiar, incluyendo a padrastros, madrastras, tíos, abuelos, hermanos medios, entre otros, en donde el abusador manipula el vínculo a partir del poder que implica su rol, y se impone la dinámica del secreto, para luego ser tardía la revelación (Barudy, 1999, cit. en Herrera-Verdugo, 2004).

Al hablar del perfil del menor víctima de abuso sexual, es importante tomar en cuenta la edad probable del inicio de abuso, siendo ésta según Perrone y Nannini (1997), alrededor de los 12 o 13 años, en donde ocurre con mayor probabilidad el acto sexual, aunque puede estar precedido por tocamientos a menudo en niños entre los 7 u 8 años. Estos niños, niñas o adolescentes pueden creer que de ellos depende la cohesión y estabilidad de su familia, aceptando el sacrificio que esto implica a partir de su silencio. Como consecuencia, lo anterior no les permite la construcción de vínculos significativos con pares, debido a la experiencia de abuso sexual, la cual es secreta e imposible de compartir en el mundo exterior; la víctima suele aislarse y caracterizarse por tener vergüenza ante la mirada externa.

Pueden presentar “enfermedades psiquiátricas asociadas al abuso sexual; el trastorno por estrés postraumático y los trastornos de personalidad límite, esquizoides y paranoides son algunos de ellos. También los trastornos afectivos, de ansiedad y depresión están asociados a diversas intensidades del abuso sexual” (Quintero, *et al.*, 2013). Así como enfermedades psicósomáticas tales como intentos suicidas, claustrofobia, anorexia y terrores nocturnos (Perrone & Nannini 1997).

Manifiestan una variedad de síntomas psicológicos y sociales, frente a los cuales el niño, niña o adolescente no se permite hablar, estando en medio de una relación incestuosa caracterizada por la inmovilidad que paraliza el vínculo, sin escapatorias o posibles salidas, marcada por la desigualdad y si el incesto se prolonga en el tiempo “la víctima queda atrapada en una telaraña relacional que poco a poco carcome su resistencia y sus posibilidades de oposición” (Perrone y Nannini, 1997, p. 106).

Sin embargo, además de tener presente esta caracterización tanto a nivel personal como familiar, Kuitca *et al.* (2011) llama la atención sobre este punto:

El riesgo abusivo está previamente instalado al trauma en la estructura psíquica, debido posiblemente a una historia familiar de desprotección (sub y/o sobreestimulación). Esto es lo que debería tomar en cuenta el analista que escucha a un paciente relatar haber padecido abuso sexual e insistir en que ese suceso es el motivo único de sus angustias actuales. (p.6)

De aquí que la preocupación de los terapeutas, no puede estar centrada solamente en la disminución de los síntomas, sino en comprender dinámicas personales y familiares que se entrelazan de maneras que se complejizan además por la ocurrencia de situaciones traumáticas, como en este caso, en el que el silencio y el secreto de la paciente frente a su historia de abusos sexuales, fue predominante en la relación con su familia, en la que como fue referenciado anteriormente, llama la atención la existencia de figura maternas con un lugar borroso y fantasmal en la dinámica familiar y en los hechos ocurridos.

8.5 Adolescencia

Según Knobel (1987) la adolescencia es una etapa de la vida en la cual se establece la identidad adulta, en donde el individuo se apoya en las primeras relaciones objetales- parentales, y verifica la realidad del medio social, por medio de sus elementos biofísicos que tienden a la estabilidad de la identidad en un plano genital, siendo esto posible con el duelo de la identidad infantil. El adolescente atraviesa por desequilibrios extremos, pasando por períodos de elación, ensimismamiento, timidez, audacia, urgencia, desinterés y apatía, en los que según Ana Freud

(1969), citada por Knobel (1987) es difícil señalar el límite entre lo normal y patológico, considerando que toda la conmoción de este período debe ser considerado como normal.

Blos (1979) también se detiene en la comprensión de la adolescencia para definirla en su conjunto como un segundo proceso de individuación, siendo el primer proceso el que ocurre alrededor de los 3 años de vida, con el logro de la constancia del self y del objeto.

De este proceso de individuación de la adolescencia manifiesta que tiene que ver con el desprendimiento de los lazos de dependencia familiares, para pasar a integrar la sociedad y al hallazgo de nuevos objetos de amor y odio ajenos a la familia. Este proceso trae como consecuencia una cierta debilidad yoica en el adolescente debido a la intensificación de las pulsiones y una debilidad absoluta por el rechazo adolescente del apoyo yoico de los padres.

El aflojamiento de los lazos objetales infantiles no sólo cede paso a relaciones más maduras o más adecuadas para la edad, sino que al mismo tiempo el yo se opone de manera creciente a que se restablezcan los perimidos, en parte abandonados, estados yoicos y gratificaciones pulsionales de la niñez. (Blos, 1979, p. 121)

Este mismo autor, también hace mención de cómo la institución narcisista del ideal del yo, alcanza una mayor influencia, al perder algo de su poder y rigidez el superyó edípico, interiorizándose el equilibrio narcisista y la autoestima, más independiente de factores externos.

Sin embargo, si esta desvinculación emocional hacia los objetos infantiles interiorizados no se logra, el hallazgo de nuevos objetos externos a la familia queda obstaculizado o limitado a una réplica o repetición. De igual manera, algunos adolescentes eluden esta desvinculación necesaria para la transformación de la estructura psíquica (aunque puede ser de manera transitoria), realizando una polarización de los objetos interiorizados, generando perturbaciones yoicas evidentes en el acting out, conductas negativistas, falta de objetivos, dificultades en el aprendizaje entre otras.

Siguiendo este mismo camino, Freud (1980) plantea cómo en la adolescencia el interés libidinal se aparta de las apetencias pregenitales y se liga a las tendencias genitales, con las emociones, metas y objetos que se conectan, para permitir el establecimiento de una organización

sexual adulta normal, en la que el deseo de relación genital se vuelve predominante, sobre todas las demás apetencias.

También describe cómo el adolescente debe apartar sus deseos de los objetos del pasado, para ligarlos a un nuevo objeto exterior al círculo familiar con las vicisitudes que esto puede traer:

Es normal que esto no se produzca sin tropiezos. Muchos adolescentes sólo pueden romper los vínculos, que los ligan a la familia con la ayuda de violentas vicisitudes y con inversiones de los sentimientos que pasan del amor al odio; esto incluye con frecuencia la rebelión contra los progenitores, en todos los aspectos de la vida cotidiana. Algunos adolescentes no logran escapar del patrón original de la constelación familiar y eligen figuras maternas y paternas como compañeros sexuales. Algunos pueden funcionar emocional y sexualmente sólo cuando los nuevos objetos son los inversos de los de la niñez (tanto en su apariencia personal, cuanto con respecto al status social, sus actitudes morales, etc.). (Freud, 1980, p. 96)

8.5.1 Duelos fundamentales de la adolescencia.

Knobel y Rosenthal (1987) hacen mención de los planteamientos de Aberastury acerca de los duelos propios de la adolescencia, los cuales se pueden resumir en:

El duelo por el cuerpo infantil que tiene que ver con los sentimientos de impotencia del adolescente frente a las modificaciones que se operan en su estructura física y biológica como una realidad concreta, lo cual influye a que desplace su rebeldía a la esfera del pensamiento, con una tendencia al manejo de las ideas desde la omnipotencia y frente al fracaso en el manejo de la realidad exterior, “vive en ese momento la pérdida de su cuerpo infantil con una mente aún en la infancia, y con un cuerpo que se va haciendo adulto” (Knobel y Rosenthal, 1987, p. 148).

El duelo por la identidad y por el rol infantil asociado al fracaso de la personificación del adolescente, al no poder mantener la dependencia infantil ni la independencia adulta, por lo que delega al grupo gran parte de sus atributos, y a los padres la mayoría de las obligaciones y responsabilidades, quedando su personalidad fuera de todo el pensamiento, con un manejo omnipotente, y una falta de carácter surgida de este proceso de personificación que lo lleva a confrontaciones constantes con la realidad.

El duelo por los padres de la infancia a partir del cual la relación de dependencia parental se va abandonando paulatinamente con la dificultad que esto implica. Las luchas y rebeldías externas no son más que reflejos de los conflictos de dependencia infantil, por lo que el desprecio que el adolescente muestra frente al adulto, se convierte en una defensa para evitar la depresión que le genera el desprendimiento de sus partes infantiles. De igual forma, la desidealización de las figuras parentales propia de esta etapa, deja al adolescente en un profundo desamparo, lo que en muchos casos es poco percibido por los padres, quienes al mismo tiempo “tienen que desprenderse del hijo niño y evolucionar hacia una relación con el hijo adulto, lo que impone muchas renuncias de su parte” (Aberastury, 1987).

Tomando en cuenta esta caracterización del período de la adolescencia, se puede comprender entonces cómo al entrar en esta etapa del desarrollo, con las vicisitudes que implica, se desencadena en la paciente una crisis de identidad por asuntos que tienen que ver con la segunda individuación, con la reactualización de conflictos tempranos, especialmente en cuanto a las dificultades en la sintonía e identificación con su figura materna y con asuntos traumáticos asociados a la ocurrencia de abusos sexuales entre su infancia y adolescencia, situaciones que finalmente desbordan sus recursos psicológicos, con la aparición de angustia, ansiedad, devaluación y síntomas psicósomáticos, relacionales, comportamentales y asociados al acting out.

9. Análisis del caso

9.1 Apartado descriptivo e interpretativo

A partir del análisis realizado del proceso terapéutico con la adolescente se identificaron dos emergentes clínicos, que permiten la comprensión de los principales elementos del caso. El primero corresponde a la: **Descontención y desconfianza: fallas en el cuidado empático materno temprano**, con las subcategorías: Aspectos asociados a la descontención y aspectos asociados a la desconfianza. El segundo emergente clínico es: **La Invisibilidad y el abuso sexual**, con las subcategorías: Borrosidad del lugar en el mundo y el fantasma de lo transgeneracional.

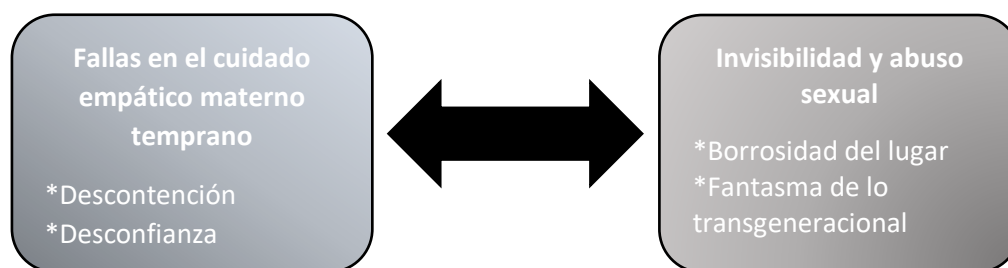


Figura 5 Mapa de categorías y subcategorías emergentes

9.1.1 Descontención y desconfianza: fallas en el cuidado empático materno temprano.

Se entiende por fallas tempranas en el cuidado empático de la figura materna, a aquellas vicisitudes presentadas en el cuidado, asociadas a la descontención y desconfianza en el vínculo entre madre e hija, que incidieron de forma desestabilizante en la organización intrapsíquica de la adolescente en los procesos conjuntos de separación e individuación, situaciones que se identifican entre líneas en sus relatos: Paciente: “... *Esas ganas de querer saber que realmente es estar con la mamá*”.

La madre manifiesta no tener que preocuparse por lo que faltaba a su hija, ubicándola además en un lugar de rival. Esto como si hubiese algo que falló en ese acompañamiento temprano del cual ni la madre ni la hija, parecen tener conciencia.

Madre: *“o sea yo hay veces no me tenía que preocupar que le faltaba porque todo mundo llegaba con cosas, hay veces me tocaba repartir pues porque ella que se iba a comer todas esas cosas, entonces ella pobremente ella ha tenido más de lo que debería haber tenido”.*

La paciente al ser cuestionada por el sentirse cuidada nombra que:

“Eh... en los momentos que no (se sentía cuidada), eran en los momentos que por ejemplo... eh, mi familia siempre supo que el papá de mi hermanito era así morbosos y sin embargo hubo un tiempo en que me mandaban por películas donde él, yo estaba muy pequeñita”.

“... Eso en sí, tampoco era culpa de ellos, pero también cuando me dejaban al cuidado de Hernán, uno de mis primos (abusador sexual)”.

La paciente expresa no saber, si su familia era conocedora de la situación de abuso sexual con su primo Hernán.

También duda al preguntarle, si su madre era la encargada de su cuidado en la primera infancia, a partir del relato de una cita de seguimiento de Psiquiatría, que tuvo:

“...y ella me dijo (la psiquiatra) algo que yo realmente no sé si el doctor anterior se equivocó o realmente es verdad, y fue... eso en el momento me impactó mucho, y fue que en la historia clínica aparecía que yo en hogares de bienestar familiar estaba muy desde recién nacida. Entonces yo me impacté mucho porque hasta donde yo sé, es desde que yo entré a hogar de paso, y ella me preguntó y yo quedé como... no, yo no sé”.

La madre duda cuando se le pregunta cómo había sido la infancia de su hija, además de ubicar el cuidado en una tercera persona:

“Pues de lo que yo conozco, ella jugaba, ella era contenta, yo me la llevaba para todos lados, cuando yo estudiaba o trabajaba, mi tía era la que me la cuidaba, o a veces me la llevaba a estudiar, allá nos dejaban llevar los niños, yo me la llevaba al colegio por la noche”.

Además, se pudo identificar la poca claridad existente a nivel familiar de los roles en cuanto al afecto, protección y autoridad, estando éstos desdibujados, lo se puede relacionar con la carga emocional de la adolescente, quien tampoco tenía claro su rol dentro de su hogar.

Esto, por ejemplo, en una situación de conflicto familiar:

“No sé bien que le dijo a mi mamá (una tía), pero yo vi que... no vi, pero mi mamá estaba hablando conmigo y se puso a llorar por lo que le había dicho. Entonces ese mismo día, de la rabia que me dio nos fuimos a buscar casa, y vimos una”.

En la relación con una tía política con síntomas depresivos:

“Los problemas de ellos porque Any (la tía) me contaba todo, eso era que teníamos ella y yo... pues yo le contaba no todo a ella, porque mis cosas ya eran muy allá, y en sí yo no quería que nadie se diera cuenta, pero ella sí me contaba todo a mí...”

Y también lo manifiesta la madre frente a las salidas a la casa de la paciente, quien se ubica frente a sus hermanos en un lugar de autoridad, reconocido por dicha madre:

Madre: “Ya después con las salidas, ella se integra, llegamos a hablar de esto, que bueno, que le dice... “no señor” con los hermanitos... “no señor, así no es, venga que vamos a hacer esto, o vamos a hacer aquello, no... venga hablemos o tal cosa” Ella en las salidas me ha colaborado mucho en cuanto a eso con los niños”

Por otro lado, la paciente también habló de la ausencia de su padre por la lejanía del mismo, siendo este un factor fundamental en cuanto a su percepción de cuidado desde la ambivalencia, pues no lo percibió como una figura constante en cuanto afecto y autoridad en su vida.

“No... yo a mi papá lo quiero mucho, sino que no... es muy diferente porque yo el tiempo que viví con él fue muy poquitico”

9.1.1.1 Aspectos asociados a la descontentación.

Para hablar de descontentación, es importante primero definir lo entendido por contención, que es la capacidad inicial de la madre de identificarse con el niño, como un yo auxiliar que le brinda su apoyo, para sostener sus angustias, necesidades, emociones, deseos, lo que paulatinamente se vuelve una capacidad interiorizada por el niño, quien desde su unidad y capacidad de expresar yo soy, “logra dominar sus tempestades instintuales y de contener las presiones y tensiones que surgen en su realidad psíquica interna” (Winnicott, 1963, p. 595).

De aquí que, en el presente caso, se pudo identificar las fallas relacionadas con la capacidad de contención de la adolescente, quien se desbordaba ante la angustia, frustración y desesperación asociadas a sus emociones, especialmente a la rabia, y a sus experiencias de vida.

Ella ha asociado la capacidad de contención con la inexpressión de sus pensamientos y emociones desde una posición defensiva, estando esto además relacionado con la sobrevaloración dada al juicio externo.

“...Por callar tanto fue que me desbordé”

Ante la presencia de su ansiedad, deseos de agresión y angustia durante momentos de crisis, se torna muy silenciosa, pasando en ocasiones de dichos síntomas al acting out, como

expresión de esta falla en la contención. De igual manera, tiende a devaluarse de manera constante, como una vuelta sobre sí de la agresión.

“Siento como unas ganas de acabar con todo, con todos... Así como de matarlos. Pero yo a la vez no entiendo el por qué, porque yo no soy así psico”.

La posibilidad de contención estaba a cargo de un tercero, esto como un tema de dependencia emocional, lo que ocurrió conmigo como terapeuta, estando mis intervenciones dirigidas a la contención permanente de la paciente, quien no evidenciaba una comunicación interna, como un recurso yoico.

De igual manera, me demandó una posición muy firme y confiada en mis capacidades, pues ante la frustración, presentaba comportamientos desafiantes, como una resistencia a afrontar sus propias emociones. Esto permite pensar además en una posición poco sostenedora de la madre frente a la ambivalencia de la paciente, que no logró interiorizar dicha capacidad de contención.

“Yo no soporto que nadie me toque, que nadie me hable, porque ahí mismo siento el impulso de... Es que yo no sé cómo estoy haciendo para controlarme”.

9.1.1.2 Aspectos asociados a la desconfianza.

Se entiende por confianza la capacidad de creer tanto en sí mismo, el otro y el mundo, esto a partir de una madre suficientemente buena, que permita la interiorización de las representaciones integradas del sí mismo y del objeto, siendo la figura materna el puente entre la realidad interna y la externa. Esto se puede comprender con el concepto de Winnicott (1958) de la capacidad de estar a solas, entendida como el logro del infante de sentirse satisfecho ante la ausencia temporal de objetos o de estímulos externos, lo cual implica una buena maternación que permita la creencia en un medio ambiente benigno.

En este sentido, a partir del análisis del presente caso, se encontraron fallas en dicha confianza con los objetos primarios, reforzadas a su vez por las experiencias de abuso sexual con otros significativos en el medio familiar.

“Hay momentos en los que yo pensaba que no me iban a creer (los padres), porque la poca confianza que yo les tenía, yo me creía muchas falsas expectativas de los dos, entonces no me permitía contarles ni saber más del otro, ni que el otro supiera más de mí”

A partir de estas fallas, la paciente se encierra en sí misma, y disminuye significativamente la expresión de sus pensamientos y emociones desde su posición defensiva,

llamando la atención el que no tuviese expectativas sobre el otro, que hablan también de sentimientos de soledad, de los cuales se expresó, al identificarse con algunas de sus pares:

“Me reflejé en ellas, y sentí... Me acordé mucho de cuando yo me sentía así y me sentía sola, aunque estaba con mucha gente a mi alrededor que me decía que no, qué sí, me sentía sola. Sentía que no era nadie, y en oca... y cuando pasó eso al otro día yo hablé con Isabela, y el mismo día hablé de Daniela, hablé con Daniela de lo que pasó, y me decían cosas justo de lo que yo pensaba, cuando pasaban esas situaciones”.

La paciente no pudo confiar en el rol cuidador y afectivo de sus padres, a quienes no sintió como figuras en las cuales apoyarse, al no existir sintonía con las necesidades de Jimena, haciendo mención de la ausencia de su padre y del temor que sentía hacia la madre y su familia:

“...Porque mi papá siempre respondía por mí sí, pero yo a él nunca lo sentía cuando realmente lo necesitaba, y en ocasiones a mi mamá tampoco; en ocasiones sí era porque yo me creía falsas expectativas de mi mamá”.

“...Porque yo sentía que él estaba muy lejos (el padre) y que estando lejos de todas formas no me iba a apoyar ni nada, ¿cierto? Y con mi mamá... yo a ella solo solamente sentía confianza para contarle cosas de los novios o cosas del colegio y ya, porque me daba miedo a la reacción que pudiera tener mi familia”.

A su vez, estas fallas en la confianza, se identifican en su relato al hablar de sí misma, desde su incapacidad:

“En ocasiones sí soy como... no, voy a hacer otras cosas, pero por ejemplo el jueves, yo intentaba hacer otras cosas, y sentía que no era capaz, porque por ejemplo cuando me dijeron acuéstese, lo intenté, lo intento, pero no soy capaz”.

Y durante el espacio terapéutico, en donde repetía esta misma forma de relación, en la que, por mantener un ideal y una sobrevaloración del juicio externo, no se permitía su expresión más abierta desde una confianza.

9.1.2 La Invisibilidad y el abuso sexual.

Esta categoría será entendida como aquellas situaciones de la paciente que no fueron “visibles” a nivel familiar, y que incluyen la historia de abusos sexuales de la adolescente; esto debido a una historia que los precede y a unas formas de relación en las que se han normalizado problemáticas y se ha invisibilizado al otro, desde generaciones anteriores. En el caso de la paciente, en la relación con su figura maternal primaria, no fue vista desde lo más real, generando en ella desconfianza en el vínculo, ensimismamiento, devaluación, vuelta sobre sí de la agresión

y un esfuerzo constante en mantener un ideal respecto a sí misma, por miedos que iban desde una amenaza por parte de uno de sus abusadores sexuales y a la desaprobación del otro.

9.1.2.1 Borrosidad del lugar en el mundo.

A lo largo del proceso terapéutico, se pudo identificar cada vez con mayor claridad, la rabia, frustración y tristeza que le causó a la paciente el no tener un lugar claro en relación a sus figuras parentales y posteriormente en el mundo, lo que a su vez, facilitó el poder reconocer las fallas en la identificación y sintonía entre la madre y su hija. Ante esto, Jimena se encerraba emocionalmente, además de aislarse del otro, devaluarse, agredirse a sí misma (vuelta sobre sí), manteniendo un ideal, y un secreto respecto a su sí mismo.

“Yo siempre debajo de la sonrisa, escondo la tristeza... siempre me encanta ser fastidiosa porque debajo de estar fastidiosa o molestando, está el aburrimiento, lo de la tristeza, pero trato de distraerme así, y ellas creen que con lo que uno demuestra, es lo que realmente uno está pasando, o uno siente, siempre es así”.

“La verdad creo es que solamente creían lo que era mentira, y lo que debían creer si no lo creían. Yo creo que en cierta parte, ahí en muchas ocasiones es cuando yo digo que... por ejemplo acá me aprendieron a conocer mejor que en mi familia. Acá ustedes sin necesidad de que yo diga, si estoy diciendo una mentira, ustedes saben que estoy diciendo una mentira, pero ellos no”.

En estos apartados aparecen además el no ser reconocida por ese medio familiar, especialmente por la madre, que no pudo ir más allá, para conectarse emocionalmente con la paciente, quien desde la infancia trataba de comunicarle que algo pasaba con ella.

“En cierta parte creo que también es de parte mía porque en ocasiones no me di la oportunidad de que me conocieran bien, pero yo digo que desde que uno está chiquito, es donde más lo aprenden a conocer, y ahí si me lo permitía cuando estaba más pequeña”.

“...De chiquita yo me cortaba, que fue desde chiquita, me preguntaban y yo “no... me aporrié, un raspón, tal cosa”, porque las cortaba no me las daba profundas o digamos así, sino que eran más leves... y lo creían. Cuando me tiré por las escaleras, que dije que mi primito le había tirado la piedra al gato, me creyeron y lo regañaron a él”.

Aparecen también sentimientos de exclusión frente a sus figuras parentales que de alguna manera refuerzan esta percepción, y la rabia, soledad y frustración de la paciente, al no tener la atención de sus padres, siendo un aspecto que también la caracterizó con otras figuras de apoyo, incluyéndome como terapeuta, demandando una atención constante, lo cual era realmente demandado a esas figuras de amor primarias.

“En ocasiones no logro entender por qué odiaba tanto al novio de mi mamá, pero el odio empezó a salir cuando yo veía más agresión que con el esposo que tenía antes, que disparaba al aire, que ella no le decía nada, que le gritaba a mis hermanos el señor y mi mamá no le decía nada, que lo prefirió a él en vez de mis hermanos y a mí...”

“...En ese tiempo yo lo sentía muy lejano (al padre). Yo lo sentía a él muy lejos, yo sentía que sólo estaba para la esposa de él y la otra niña”.

Es importante poder resaltar cómo también las fallas en el cuidado por parte del padre, incluyendo su ausencia prolongada en el proceso de crianza y la desconfianza en el vínculo afectivo nombrada por la paciente, traen así mismo implicaciones psicológicas en esta última, desde por ejemplo la borrosidad de su lugar en el mundo, sin embargo, el presente estudio se centra en las fallas en el cuidado de la figura materna, como principal referente afectivo.

9.1.2.2 El fantasma de lo transgeneracional.

Al hablar del fantasma de lo transgeneracional se hace referencia a aquellas formas de relación y de ver el mundo que hacen parte de un contexto familiar, y que han sido transmitidas de generación en generación, sin ser nombradas o visibles o siendo normalizadas dentro de dicho contexto, lo que trae unos efectos en sus miembros y en la dinámica relacional, que de alguna manera se encuentran velados.

La primera de estas problemáticas, es decir la violencia intrafamiliar, aparece según el relato de la madre de la paciente, con su padre hacia su pareja afectiva y sus hijas, como una situación que genera la salida de dicha madre de su núcleo familiar en la adolescencia, a diferencia de sus demás hermanas y abuela materna de Jimena, quienes mantuvieron una posición pasiva y de silencio frente a lo ocurrido, normalizándolo.

Madre: “Por ejemplo mi papá, yo misma tomé la decisión de irme a los 15 años de mi casa, y fui y lo demandé por maltrato. Igual el expediente está ahí y todo, allá en la 92, allá lo demandé cuando eso, estaba sin nada esa. Porque el maltrato de él era... y mi mamá era muy permisiva con él. Lo que él hiciera, lo que él dijera y un miedo horrible, tenía mucho miedo como a ese hombre. El maltrato... si le decían suegro, le pegaba a uno y lo insultaba, yo me tuve que salir del colegio porque todos los días me insultaba...que el estudio era pa’ putas, pa’ traer hijos a la casa... entonces yo con el mantenía deprimida, y yo “ay no aguanto más” Me conseguí trabajo y chao, hasta que los vi (se ríe)”

Esta situación de igual manera es relatada por Jimena, quien expresa cómo esta problemática aparece entre miembros de su familia y personas externas.

“...Siempre desde muy chiquita yo en mi casa vi de cierta forma violencia física, de parte de mi abuelo, de mis tías a otras personas, ehh mi abuelo cada ocho días llegaba borracho a pegarle a todo mundo, un día casi me pega a mí, pero mi mamá no me dejó, y le pegaron fue a mi mamá, a mi hermanito chiquito, entonces también porque mis tías siempre vivían peleando con las señoras de por la casa, con los vecinos de por la casa, porque un día mi mamá se puso a pelear con una señora y casi se tiran por unas escaleras rodando y mi primita y yo ahí llorando, y uno de mis abusadores nos tenía ahí abrazadas”.

A partir de repetidas experiencias asociadas a comportamientos agresivos, la paciente se fue identificando e interiorizando este tipo de comportamientos, tanto como forma de relacionarse consigo misma (vuelta sobre sí) como con el otro, desde actuaciones y deseos constantes de agresión, en los que además encontraba una satisfacción.

“Yo creo que de todo lo que yo vi, algo me quedó, porque en esa parte de la agresión a mí... ay o ese día a mí nunca se me va a olvidar (se ríe) ese día mi mamá me pegó y todo, me cogió del pelo y me daba pata, eso fue cuando tenía qué... ocho añitos o siete”.

“...Mi tía la peleona (se ríe) ella sí es muy peleona, ella tiene una fuerza impresionante, yo he visto que por ejemplo con una mano coge a la persona del cuello y la alza y con la otra le pega, y uno queda como... En ocasiones yo no le voy a negar que yo digo “ay que cuca” (se ríe) porque ya uno como...(se ríe)”.

En la problemática del abuso sexual en el contexto familiar, se pudo hallar que es muy notable la invisibilidad de lo que sucede entre los miembros de la familia de la paciente, quienes se caracterizan por su pasividad y negación de lo ocurrido, empezando estos abusos desde el abuelo materno hacia una de sus hijas, y con riesgo entre dicho señor y la madre de la paciente, situaciones que fueron conocidas por la abuela materna, quien permaneció en una posición pasiva, desde el no saber.

Madre: *“...Él una vez me iba a tocar... una vez me iba a tocar, pero yo me las cogí... mi mamá trabajando, y él a veces pasaba guayabos en la casa, no iba a trabajar. Que me tenía que acostar al lado de él, a las dos de la tarde, y que me tenía que acostar al lado de él. Y yo lo miré con eso parado ahí, y yo “oigan a este, ya vengo que voy allí” ¿vengo? Me fui para la calle, y me quedé toda la tarde hasta que mi mamá llegó, y yo “nunca más me vuelva dejar sola”, pero ella tampoco me prestó atención”.*

También fue Jimena, quien relató la ocurrencia de abusos sexuales de su abuelo materno hacia su tía fallecida y su madre, situaciones que no se han aclarado en la relación madre- hija, la cual siempre habló de lo no nombrado en su familia, y en su deseo de no saber de su pasado para así evitar el sufrimiento.

“Como yo le comentaba a la pro este fin de semana, en mi familia hay mucha incógnita”.

“Lo único que yo sé es que a mi mamá también prácticamente la abusaban, pues que tocaban a mi tía. Mi tía la que mataron también”.

Esa misma posición aparece en la madre de la paciente hacia su hermana, quien hace mención de la ocurrencia de una situación con su padre, de la cual no se profundiza.

Madre: *“Entonces... ella (la hermana) a cada rato me llamaba por allá, porque yo me quedé, y era -Mery por mi fuera lo mataba (al padre), si usted viera las cosas que me hace tan horribles-”*

Madre: *“Ella no me contaba, me decía que cuando volviera ella me contaba, pero nunca me dijo pues así qué no, me llamaba muchas veces llorando... pues ella se desahogaba era conmigo, pues nosotras éramos muy unidas, debido a tanta cosa...”*

Además, se identifica en la madre que no podía ver las situaciones de abuso sexual de su hija, como si su percepción de alguna manera estuviese velada, manteniendo una confianza que se hacía ciega frente a los miembros de su familia extensa.

Madre: *“Por ejemplo, nosotros así los niños, los manteníamos muy unidos, si no era en la casa de uno, era en la casa del otro, como todos son pues hermanos, tíos, así... los dejábamos viendo a todos muñequitos, en ese tiempo era goku, que los caballeros... entonces de pronto en ese tiempo el pelaito aprovechó. Aprovecharon...”*

La madre habla de nunca haber conocido lo ocurrido en cuanto a los abusos sexuales por palabras de su hija, pero en su mismo relato, se identifica que desde la infancia Jimena manifestaba que algo (de lo que su familia no podía ver o saber), estaba ocurriendo, y que a su vez tiene relación con lo que hablaba la paciente de no ser vista y reconocida en su medio familiar y en mayor medida por sus padres.

Madre: *“No, ella nunca dijo nada. Ella resultaba por ahí caída, rayada “ay no ma, es que me caí”.*

Madre: *“Ella hay veces si era calladita, era calladita... uno le decía ¿está triste? Que no. Pero uno si la notaba como cabizbaja. Yo la consentía, pues porque yo no sabía. Le decía ¿Quiere un heladito?... Ella se aisló mucho, ella era de la casa al colegio, del colegio a la casa, y si jugaba era con niñas, pero de resto ella no se ajuntaba con nadie, siempre se ajuntaba con dos amiguitas y ya”*

Es así entonces como se manifiesta una dimensión del cuidado empático que estaba afectada o era carente desde generaciones anteriores, en donde desde “el no saber” se pasaban por alto situaciones de riesgo significativo para niños y adolescentes, que no encontraron una figura en la cual apoyarse y expresarse, mientras padecían situaciones respecto a las cuales nadie profundizaba, todo quedaba en una superficie en la cual no habían palabras que nombraran lo que realmente estaba ocurriendo, o cuando era nombrado en el caso de la madre de la paciente, pasaba a ser relegado desde la posición pasiva adulta de no querer saber.

10. Discusión y conclusiones

Preguntarse acerca de las implicaciones de las fallas en el cuidado empático de la madre, fue dirigir la atención a la historia de vida de la paciente, para comprender que sus abusos sexuales, pueden entenderse casi como una circunstancia desencadenada por aspectos que han sido conflictivos, faltantes o que han fallado en la relación con sus otros significativos, especialmente con su madre y el entorno cuidador, que incluye a su padre, caracterizado por su ausencia en la mayor parte del proceso de crianza de la paciente, aunque en el presente estudio, la atención se focalizó en la función materna.

Los diferentes autores (Mahler, Winnicott, Stern, Bion, Horner) han hablado del sostenimiento, empatía, sintonía, e identificación como aspectos fundamentales en la relación entre la madre y su hijo, que facilitan la construcción paulatina de una identidad en este último, con un sentido de mismidad claro, desde la integración de las representaciones del sí mismo y del objeto, a partir de un ambiente cuidador en el que pueda confiar y pueda contener al bebé. Sin embargo, en el presente caso algo ha ocurrido en esos cuidados tempranos, que va más allá de la paciente, incluso de su madre, pues lo transgeneracional en este estudio, es como un fantasma que no se ve, o que no es visto entre sus miembros, dada la ocurrencia de experiencias asociadas al abuso sexual y al maltrato intrafamiliar, desde generaciones anteriores, en donde una dimensión del cuidado por el cuerpo y el bienestar psicológico no aparece, trayendo afectación en la configuración del mundo representacional.

Se encontró a una adolescente viviendo las vicisitudes de la segunda individuación, con tristeza y frustración frente a la ausencia de su padre y ambivalencia marcada hacia su madre, por lo que se tornó defensiva, y con sentimientos de exclusión respecto a la relación con ambos, conflictuada entre impulsos regresivos y progresivos propios de esta etapa. Estaba afrontando los duelos fundamentales de la adolescencia, con impotencia frente a la pérdida de un cuerpo infantil que estaba cambiando, y frente al cual traía las huellas traumáticas de la experiencia de abuso sexual; la pérdida del rol infantil, que continuaba con su influencia a partir de conductas infantilizadas de la adolescente; y el duelo frente a la pérdida de los padres de la infancia, con la rebeldía asociada al abandono de la dependencia parental.

De igual manera, se encontró la afectación significativa de situaciones sin resolver entre la madre y la hija. Esta última, desde su rabia, frustración, ensimismamiento, agresión vuelta sobre sí, autoagresiones, e impulsos contradictorios, reclamaba un lugar que nunca había sido claro en la relación con sus figuras parentales, pasando a no ser vista ni reconocida desde su particularidad. La madre en este caso, no supo sintonizarse con las necesidades de la paciente desde su infancia, lo cual, hacia el final del proceso, fue nombrado por la adolescente, en medio del dolor que le implicaba reconocer que su familia, no sabía quién era ella realmente, perpetuando su silencio y el secreto frente a los abusos sexuales y sobre ella misma. Como consecuencia, la construcción de identidad en su etapa del desarrollo, se complejizó, pues no tenía los suficientes recursos psicológicos, los suministros narcisistas, ni la claridad en cuanto al lugar y referencia dada por los otros en un primer momento, para pasar a apropiarse de los mismos, y fortalecer la representación de sí misma, de una manera más definitiva.

Es así como todo esto se conjuga, desencadenando la crisis en la paciente, caracterizada por una fuerte angustia, buscando en figuras sustitutas dentro de su proceso de restablecimiento de derechos, la atención, el lugar y la contención que no le fueron brindados en su infancia, incluso por momentos como un reclamo, desde su frustración y rabia.

Se encontró además con una angustia desbordante, frente a experiencias con un objeto que se tornó persecutorio, como en el caso de sus abusadores sexuales, situación que lentamente pudo ir enfrentando en el acompañamiento terapéutico, y a través de la palabra, por la que pudo ir nombrando aquello que sentía desde su infancia, y que no hallaba una salida que le permitiera el encuentro consigo misma y con un objeto más integrado.

Surge entonces la pregunta sobre la realidad o realidades del abuso sexual en nuestras familias, como una situación, que incluso pasa desapercibida o es evitada por algunos miembros desde la dimensión del silencio o del secreto, y se presenta dentro de un contexto familiar y social específicos, en donde en muchos casos no existe la confianza en posibles figuras de apoyo que permitan a los niños, niñas y adolescentes hablar sobre su dolor y mucho más importante ser escuchados y reconocidos, incluso sin las palabras.

¿Qué significa ser visto? ¿Qué implicaciones trae esto para el bienestar de los más vulnerables? Son preguntas que aparecen a raíz de este caso, pues es a partir de un cuidado temprano empático, desde la conexión y sintonía entre la madre o figura cuidadora principal y su hijo, como se puede lograr un desarrollo y bienestar psicológico y emocional, a partir de la expresión abierta y confiada de éste en sus referentes de autoridad y apoyo, que de manera consciente deben encontrar canales de comunicación asertivos. Es por esto, que como muy bien se ha concluido popularmente, no se puede esperar de los hijos, aquello que no es brindado desde la infancia, pues existen fallas que pueden traer consecuencias graves en el desarrollo y la organización psíquica.

Un punto primordial es que muchas madres no son conocedoras de estas realidades, por lo que es la labor de los profesionales de las ciencias sociales, y de manera particular de la psicología, realizar proyectos de promoción y prevención, generando esa consciencia de la cual se ha hablado durante el recorrido del análisis de este caso, pues es por medio de ésta que las madres podrán empoderarse de lo que significa el cuidado, la protección en cuanto a factores de riesgo en la sexualidad y las relaciones interpersonales, y de la identificación con sus hijos, pues como muy bien lo dijo Winnicott, ellas son las únicas que pueden realmente saber que es lo que siente su hijo, con la responsabilidad que esto conlleva, en cuanto a protección, cuidado y la transmisión de estos mismos.

Es fundamental generar espacios de reflexión individuales y grupales para las comunidades, en los que, más que brindar discursos amplios sobre lo que es ser madre (lo cual es una construcción subjetiva), se deben generar cuestionamientos y preguntas dirigidas a la movilización personal acerca de lo que se está transmitiendo a los hijos, espacios en los cuales las madres puedan desarrollar o construir una consciencia sobre lo que falló en su propio cuidado, lo que faltó en su pasado, y que ha causado dolores que aún no han sanado. Como dice Freud (1914) se repite en lugar de recordar, todo lo incorporado a partir de las fuentes de lo reprimido, es decir, las inhibiciones, las tendencias inutilizadas y los rasgos de carácter patológico, siendo el proceso terapéutico y en este caso todos los espacios de encuentro, la posibilidad para que las personas mantengan en el terreno psíquico todos los impulsos que tendían a derivar por medio de un acto, en vez de recordar.

¿Qué significa darle un lugar al otro? Es otra pregunta fundamental en cuanto a la relación de la madre con su hijo, pues en muchos casos este lugar desde el afecto no ha estado claro, generando conflictos en las personas con sus respectivas emociones, como en este caso confusión, rabia y frustración, frente a una falta de sintonía que la paciente pudo identificar al encontrarse en la medida de protección, en donde finalmente pudo sentirse reconocida y contenida por el otro, para luego paulatinamente y hasta cierto punto, empezar a responsabilizarse de su propia contención, como una capacidad que se interioriza desde el vínculo con los otros significativos.

En consecuencia, es a través de la *consciencia* individual y paulatinamente colectiva, como se puede reflexionar sobre cómo el cuidado va más allá de la crianza, además de preguntarse acerca del lugar y del valor de la mujer en los diferentes ámbitos, incluyendo a la familia, en donde según las teorizaciones el lugar de la mujer cada vez es más borroso, incierto y fantasmal, y más si se piensa en el contexto colombiano en el cual se han impuesto dinámicas patriarcales. En este sentido, es necesario poder abrirse a nuevos contextos, sin limitar la formación de los hijos al ámbito familiar, pues es en la sociedad en donde se puede encontrar otras posibilidades de aprendizaje, recreación y socialización, teniendo como base unas normas que no sólo se encuentra en las familias sino en los contextos más amplios, evitando que la ley se vuelva particular y difusa en el grupo primario.

Del mismo modo, estos cuestionamientos surgen a partir de la práctica clínica con esta población víctima de abuso sexuales, en la que es una característica casi que común las carencias afectivas que presentan los niños, niñas y adolescentes que demandan de diversas maneras que incluso no pueden comprender y que incluyen la agresión y la vuelta sobre sí, esto que faltó. Ellos han tenido referentes de autoridad y apoyo difusos, debido a múltiples factores a nivel familiar como el maltrato físico y verbal, el distanciamiento afectivo entre los miembros, débil red de apoyo, experiencias de abandono, consumo de sustancias psicoactivas en algunos de los miembros, inadecuadas pautas de crianza, y poca apropiación de factores de riesgo y protección frente al medio social, que en muchos casos, se halla en un contexto de delincuencia y grupos armados.

Por esto, es importante poder reconocer la historia que precede, la cual tendrá un efecto en la población en cuestión, en las formas futuras de posicionarse en el mundo y relacionarse intra e interpersonalmente, además de realizar diagnósticos que sean claros y pertinentes, y que incluyan los recursos que tienen los pacientes, y con los que al mismo tiempo se cuenta para realizar un proceso, en el que es importante tanto la población vulnerable como sus familias, y dinámicas relacionales. Entonces, se encontrará una realidad dentro de las muchas realidades, y es que más allá del abuso sexual, del consumo de sustancias psicoactivas, de la explotación sexual infantil, la desmotivación escolar, las conductas desafiantes, los comportamientos anti-normativos, entre otras problemáticas, hay una historia que merece ser contada por los menores, pues en ella se encuentra su propia verdad personal y familiar, empezando por la confianza básica (que ha fallado en la infancia) a través de un vínculo terapéutico, por medio del cual se pueda empezar a dar un lugar a aquellos, que en muchos casos no han sido escuchados ni valorados, para que paulatinamente puedan responsabilizarse de sí mismos, de su cuidado y proyecto de vida..

No obstante, es una realidad encontrada en la práctica, que muchos de los niños, niñas y adolescentes, no cuentan con esta experiencia reparadora con su grupo primario de apoyo, por situaciones de abandono o negligencia, por lo que en estos casos se convierte la institución de protección con cada uno de sus miembros, en un ambiente protector y rectificador, siendo fundamental que desde cada equipo interdisciplinario, se conozca cada una de las particularidades asociadas a su población atendida, evitando las generalizaciones y la atención exclusiva de la sintomatología más evidente. Esto para profundizar en las historias de vida personales y familiares, en donde en medio de los discursos de la población y su familia, empieza a hacer eco, lo que está entre líneas y que habla de las subjetividades en cuanto al afrontamiento asertivo o no del trauma, pero que en muchos casos no logra ser nombrado y mucho menos abordado en los procesos, que se limitan a brindar un resguardo y a cumplir con unos lineamientos que sólo alcanzan a ser básicos, cuando se trata de resignificar experiencias de vida y de lograr cambios que sean significativos en la vidas de los niños, niñas y adolescentes, que sin lugar a dudas, merecen otras oportunidades y otros sentidos para sus propias vidas, con el afrontamiento del dolor que esto puede llegar a implicar, pero que de forma valiente e inesperada para los adultos, ellos encuentran la manera para poder seguir, si logran encontrar en otros referentes esa confianza y contención que en muchos casos han faltado.

Es un llamado particular para los psicoterapeutas que acompañan este tipo de casos, en los cuales las situaciones traumáticas experimentadas con sus respectivas sintomatologías desbordan a ciertos pacientes, con los cuales, desde un proceso basado en la comprensión, escucha y sintonía con el paciente, se puedan afrontar de manera paulatina, las fallas en el cuidado. El terapeuta será el que ocupe el lugar de yo auxiliar con la construcción de una confianza básica en el espacio, la misma que pudo haber faltado en la infancia de los menores más vulnerables, y que pueden posibilitar la resignificación de sus experiencias, con la reparación al daño y con el encuentro de otras posiciones ante sí mismos, el otro y el mundo. Esto en palabras de Winnicott (1960):

En nuestra labor terapéutica son incontables las veces en que nos encontramos ligados a un paciente; pasamos por una fase en la que somos vulnerables (como lo es la madre) debido a esa participación nuestra; nos identificamos con el niño que depende temporariamente de nosotros en grado alarmante; observamos cómo el niño se va desprendiendo de su falso self; presenciamos el comienzo de un verdadero self, un self verdadero con un yo que es fuerte porque, tal como lo hace la madre con su bebé, hemos podido proporcionarle apoyo yoico. (p.1070)

Es un cuestionamiento que empieza desde la labor que se realiza desde la Psicología por un lado, pues cada profesional debe preguntarse por su práctica clínica, por la forma en que se aborda cada paciente con su respectiva problemática y la preparación y exigencia que esto implica, y por otro lado, más complejo aún, es la forma de organización del sistema de restablecimiento de derechos de los menores, que no alcanza a cumplir con el principal objetivo el cual debería ser brindar nuevas oportunidades para el alcance de un bienestar psicológico, desde procesos en los cuales se pudiera llegar a profundizar en cada uno de los casos que ingresan por vulneración de derecho a los internados; pero la realidad es que un solo profesional realiza intervención aproximadamente a 50 casos, quedando el acompañamiento limitado a las sesiones que se puedan realizar por mes, si se tiene en cuenta las múltiples funciones de los profesionales, quienes también llevan a cabo deberes administrativos.

Se requiere de mayor inversión en estos programas, para que el logro final no sea el resguardo de las poblaciones sino la resignificación de historias de vida, con efectos en la organización psíquica y en la vida diaria de los pacientes, de tal forma que la oferta de profesionales sea de acuerdo al número de niños, niñas y adolescentes que lo necesiten, ya que de nada vale caer en una re- victimización, sin transformaciones profundas y sin tener presente la particularidad de los casos.

Así mismo, es fundamental el diálogo y la comprensión de cada uno de los menores, no sólo desde el área de psicología, sino también desde pedagogía, trabajo social, enfermería y nutrición (equipos psicosociales), quienes, por medio de un trabajo interdisciplinario, tienen la responsabilidad de brindar apoyo y comprensión con acciones concretas desde cada área, tomando en cuenta que el tiempo de los procesos es subjetivo, de acuerdo a la gravedad y oportunidades de cada caso. Este es un llamado a las entidades estatales encargadas, quienes cada vez más limitan los períodos en los cuales deben estar las poblaciones en medidas de restablecimiento de derechos, como una forma de homogenizarlos, como si la cura pudiese medirse en un tiempo determinado, como si esto no dependiera de aspectos más complejos y específicos de cada sujeto como lo es su historia de vida, los recursos psicológicos que posee, el apoyo familiar y social, la afectación asociada a las situaciones traumáticas, el alcance de objetivos de las familias, el avance de los tratamientos psiquiátricos y en general de la sincronía entre los procesos de salud, protección y judiciales, que en la realidad, no tienden a estarlo, siendo este un obstáculo para el bienestar de los niños, niñas, y adolescentes.

Todo lo anterior es planteado, no con el objetivo de señalar un sistema por sus vacíos o inconsistencias, sino para generar preguntas y reflexiones, que posibiliten cambios paulatinos en las maneras de pensar las intervenciones de los niños, niñas y adolescentes a quienes se les vulneran sus derechos diariamente, y quienes finalmente dependen para la reconstrucción de sus vidas y el desarrollo de su proyectos de vida, de referentes de autoridad y apoyo, que los ayuden a afrontar sus historias e interiorizar nuevas formas de vivir, desde la reparación al daño y desde *el ser vistos* a partir de la subjetividad y comprensión de las realidades sociales, familiares y personales; esto principalmente para que en las instituciones no se repitan aquellas fallas presentadas en las familias, y de esta manera no perpetuar el sufrimiento de los que por muchas generaciones han sido los más vulnerables e invisibles.

11. Anexos

11.1 Consentimiento informado para la grabación de sesiones psicoterapéuticas, con fines de aprendizaje supervisado



CONSENTIMIENTO PARA LA GRABACION DE SESIONES PSICOTERAPEUTICAS, CON FINES DE APRENDIZAJE SUPERVISADO

Nombre de la psicóloga: Sandra Milena Blanquicett Arango

Institución:

Solicito su autorización para grabar las sesiones de psicoterapia en el Hogar Laura Vicuña, como un aspecto fundamental en la formación como psicoterapeuta, y sólo con fines de aprendizaje supervisado, que se inicia con la transcripción de las sesiones, en el marco de la realización de la Maestría en Psicología con profundización clínica de la Universidad del Norte de Barranquilla (Promoción XXVII 2016-2018).

Primero, quiero que usted conozca que:

- La participación y la autorización para grabar las sesiones de psicoterapia individuales, el material o contenido desarrollado durante las sesiones es absolutamente libre y voluntaria.
- Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a autorizar la grabación y a utilizar el contenido de nuestras sesiones con fines académicos, sin tener que dar explicaciones.
- Los temas abordados que serán analizados en este proceso de grabación y sus datos personales se mantendrán en absoluta reserva y anonimato.
- Usted no recibirá beneficio económico alguno del proceso actual. La participación en las sesiones de psicoterapia no tiene ninguna compensación económica. Las grabaciones propias del proceso facilitan la formación y el aprendizaje supervisado a través del análisis del material.

Procedimientos

En el proceso de grabación de las sesiones de psicoterapia, en las que usted participará, se analizarán los contenidos de las distintas entrevistas que le fueron o serán realizadas. Se trata de que de la forma más auténtica y sincera posible usted hable sobre su experiencia en particular.

La información obtenida en las entrevistas será sometida a un proceso de análisis en el que lo importante es poder llegar a *comprender de manera fidedigna los datos para el análisis de las características de personalidad del menor y/o conflictos del desarrollo para definir y focalizar las intervenciones terapéuticas.*

Cabe aclarar, que una vez terminada la maestría, se eliminará el material, que es confidencial y debidamente protegido y custodiado. Usted recibirá retroalimentación sobre lo estudiado y analizado a lo largo del proceso psicoterapéutico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con las grabaciones de las sesiones de casos, de haber recibido de la psicóloga *Sandra Milena Blanquicett Arango*, explicaciones verbales sobre la misma, así como respuestas satisfactorias a mis inquietudes, he decidido de forma libre, consciente y voluntaria aceptar participar en este proceso y en la grabación de las sesiones. Así como: _____, menor de edad, de la cual yo soy su acudiente o adulto responsable. Además, autorizo a la psicóloga *Sandra Milena Blanquicett Arango* para utilizar la información codificada en las grabaciones de las asesorías psicológicas individuales, con fines de formación y aprendizaje supervisado, que se inicia con la transcripción de dichas sesiones psicoterapéuticas.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia de la psicóloga *Sandra Milena Blanquicett Arango* en la ciudad de Medellín, el día ____ del mes de ____ del año 2017.

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre: _____ Firma: _____ Cédula
de ciudadanía: _____ de _____

Nombre: _____ Firma: _____ Cédula
de ciudadanía: _____ de _____

Nombre: _____ Firma: _____ Registro
civil o tarjeta de identidad: _____ de _____

Nombre, firma y documento de identidad de la psicóloga:

Nombre: Sandra Milena Blanquicett Arango Firma: _____
Cédula de ciudadanía: _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____
Colegio Colombiano de Psicólogos Tarjeta profesional, registro N°. _____

Nombre, firma y documento de identidad del Tutor del estudio y del caso:

Nombre: Mónica Schnitter Castellanos Firma: _____
Cédula de ciudadanía: _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____
Colegio Colombiano de Psicólogos Tarjeta profesional, registro N°. _____

12. Referencias

- Abadi, S. (2014). *Una teoría del pensamiento – W. R. Bion*. Recuperado de <https://teoriaspsicologicas2pilar.files.wordpress.com/2014/03/abadi-s-una-teoria-del-pensamiento.pdf>
- Aberastury, A. (1987). El adolescente y la libertad. En *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico* (15-34). Argentina: Paidós.
- Álvarez, M. & Estrada, S. (2017). *Implicaciones Clínicas del Cutting en la adolescencia* (Tesis de maestría). Universidad del Norte de Barranquilla, Medellín.
- Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil. Ecología social: Prevención y reparación*. Santiago de Chile: Galdoc.
- Bion, W. (2000). *Elementos de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.
- Bleichmar, N & Bleichmar, C. (1997). *El psicoanálisis después de Freud. Teoría y clínica*. México: Editorial Paidós Iberoamérica, S.A.
- Blos, P. (1979). *La transición adolescente*. Argentina: Assapia Amorrortu Editores.
- Concha, A. & Orozco, M. C. (2015). *Tensiones edípicas en niños entre 7 y 10 años con diagnóstico neuropsicológico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)* (Tesis de maestría) [Gráfico]. Universidad del Norte de Barranquilla, Medellín.
- Creswell, J. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Approaches*. London: Sage Publications, Inc.
- Echeberua, E. & Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense [online]*, n.43-44, pp.75-82. ISSN 1988-611X.
- Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), (2006). *Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes. Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos*. Recuperado de https://www.unicef.org/argentina/spanish/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016.pdf
- Freud, S. (1914). *Recuerdo, repetición y elaboración*. (Tomo II). España: Editorial Biblioteca Nueva.

- Freud, A. (1980). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. Barcelona: Ediciones Paidós Iberoamérica S.A.
- Gobernación de Antioquia, (2011). *Modelo de intervención integral en casos de abuso sexual*. Recuperado de https://www.dssa.gov.co/index.php?option=com_docman&view=download&alias=901-modulo-de-abuso-sexual-2&category_slug=salud-publica&Itemid=165
- Guba, & Lincoln. (2002). *Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. Recuperado de http://sgpwe.izt.uam.mx/pages/egt/Cursos/MetodoLicIII/7_Guba_Lincoln_Paradigmas.pdf
- [Horner, A. (1979). *Object relations and the developing ego in therapy*. New York: Jason Aronson, 2nd printing: 1982 Capítulo 1, p.3-12. (trad. M Schnitter)].
- [Horner, A. (1979). *Object relations and the developing ego in therapy*. New York: Jason Aronson, 2nd printing: 1982 Capítulo 2, p.13- 25. (trad. M Schnitter)].
- Instituto de Bienestar Familiar (2017). *Lineamiento técnico del modelo para la atención de los niños, las niñas y adolescentes, con derechos inobservados, amenazados o vulnerados*. Recuperado de https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/document_19.pdf
- Knobel, M. (1987). El síndrome de la adolescencia normal. En *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico* (35-109). Argentina: Editorial Paidós.
- Kuitca, M., Berezin, J., & Felbarg, D. (2011). ¿Cómo enfocar el abuso sexual infantil? El psicoanálisis en la interdisciplina. *Psicoanálisis: Revista De La Asociacion Psicoanalitica De Buenos Aires*, 33(2), 291-306.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano. Simbiosis e individuación*. Argentina: Ediciones Marymar.
- Blos, P. (1981). *La Transición Adolescente*. Argentina: (Asappia, Ed.)
- Ministerio de salud y protección social, & Fondo de población de las naciones unidas, (2011). *Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%2>

0ATENCI%C3%93N%20A%20V%C3%8DCTIMAS%20DE%20VIOLENCIA%20SEX
UAL.pdf

Ministerio de salud y protección social. (2012). *Protocolo de Atención integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-0459-de-2012.PDF>.

Mitchell, S. *Conceptos relacionales en Psicoanálisis: Una integración*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.

Organización mundial de la salud (OMS 2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;jsessionid=0F84E6829319EB5914CB2BC23D822213?sequence=1

Perrone, R. & Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF.

Quintero-Aguado, A., Bonilla-Escobar, F. J., Otero-Ospina, A., Campo Cabal, G., & Valencia-Upegui, H. (2013). Abuso sexual infantil: ¿territorio omitido o inadvertido en Colombia? *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Elsevier Doyma. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(13\)70012-X](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(13)70012-X)

Redacción Salud. (2018). ICBF atendió cada día 30 casos de abuso sexual infantil durante 2017. *El Espectador*. Recuperado de <https://www.elespectador.com/noticias/salud/icbf-atendio-cada-dia-30-casos-de-abuso-sexual-infantil-durante-2017-articulo-735948>

Rosenthal, G. & Knobel, M. (1987). El pensamiento en el adolescente y en el adolescente psicopático. En *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico* (142- 161). Argentina: Editorial Paidós.

Schnitter, M. (2001). Mundo representacional [Gráfico]. Documento presentado en Seminario Clínica IV Maestría en Clínica Uninorte. Medellín.

Schnitter, M. (2017). Conferencia magistral, clase de maestría en psicología. Universidad del Norte -Barranquilla, Medellín.

Spitz, R. (1965). *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de cultura económica.

- Stake, R. (1999). *Investigación con estudios de caso*. Madrid: Ediciones Morata S.L.
- Stern, D. (1997). *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona: Ediciones Paidós Iberoamérica S.A.
- Stitzman, L. (2004). Alfa-Beta-Biónico. *Revista Topia*. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/alfa-beto-bi%C3%B3nico>.
- Winnicott, D. (1958). *La capacidad de estar a solas*. Recuperado de <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/ninez/calzetta/donald-winnicott-obras-completas.pdf>
- Winnicott, D. (1960). *La pareja madre- lactante*. Recuperado de <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/ninez/calzetta/donald-winnicott-obras-completas.pdf>
- Winnicott, D. (1961). *La teoría de la relación entre progenitores- infante*. Recuperado de <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/ninez/calzetta/donald-winnicott-obras-completas.pdf>
- Winnicott, D. (1963). *De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo*. Recuperado de <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/ninez/calzetta/donald-winnicott-obras-completas.pdf>
- Winnicott, D. (1963). *El valor de la depresión*. Recuperado de <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/ninez/calzetta/donald-winnicott-obras-completas.pdf>